

SIGNIFICATION PRONOSTIQUE
DE
L'ADÉNOPATHIE SYPHILITIQUE
PRIMAIRE ET SECONDAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Juillet 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ANTHELME GRIVET

Né le 19 juillet 1867, à Lorette (Loire)

Ex-Interne des Hôpitaux de Lyon



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Juillet 1895

SIGNIFICATION PRONOSTIQUE
DE
L'ADÉNOPATHIE SYPHILITIQUE
PRIMAIRE ET SECONDAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Juillet 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ANTHELME GRIVET

Né le 19 juillet 1867, à Lorette (Loire)

Ex-Interne des Hôpitaux de Lyon



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. Doyen
LÉPINE. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPPIER.
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, — agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. DIDELOT.	MM. POLLOSSON (Aug.)	MM. ROUX.
CONDAMIN.	GANGOLPHE.	ROCHET.	WEILL.
COURMONT.	JABOULAY.	RODET.	BARRAL,
DEROIDE.	LANNOIS.	ROLLET (ÉTIENNE)	chargé des fonctions d'agrégé.
DEVIC.	PERRET.	ROQUE.	MOREAU id.

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. AUGAGNEUR, Président; M. POLLOSSON (M.), Assesseur; MM. ROLLET et COURMONT Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552306_0028

INTRODUCTION

L'idée première de cet ouvrage revient à M. le professeur Augagneur.

Depuis plusieurs années déjà il soupçonnait un rapport entre le volume des ganglions lymphatiques et l'intensité de la syphilis. Il en chercha la raison et crut la trouver dans la résistance individuelle par les leucocytes.

Dans la *Province médicale* de 1892, t. VI, p. 144, il avait étudié la syphilis chez les gens âgés, et avait conclu que, si elle est grave chez eux, c'est que la sclérose ganglionnaire empêche la *phagocytose*.

En février 1895, il communiquait à la Société de dermatologie et de syphiligraphie une note sur la signification pronostique de l'adénopathie syphilitique, résumant complètement ses idées sur ce sujet.

Nous avons étudié la manière dont résistent les individus aux diverses époques de l'existence.

Pendant plusieurs mois nous avons suivi les malades sur lesquels portent les observations qui complètent ce travail : ils ont fourni la confirmation de ce qu'il nous était de prime abord permis de penser.

La théorie de Metschnikoff trouve ici son application, plus qu'ailleurs peut-être.

A cause même de la généralisation des accidents syphilitiques, elle permet d'expliquer assez clairement des faits qui, jusqu'à maintenant, paraissaient évidents, mais non explicables.

Pour en arriver à l'exposé d'une doctrine nouvelle sur l'adénopathie dans la syphilis, nous avons cru bon de diviser notre sujet de la façon suivante :

I. Au premier chapitre, l'historique.

II. Dans le second, nous passerons en revue les idées communes, généralement acceptées sur l'adénopathie syphilitique aux trois périodes de la maladie.

III. Au chapitre troisième nous envisagerons ces mêmes faits au point de vue de la *phagocytose*, et nous verrons ainsi comment doit se comprendre l'engorgement ganglionnaire, si l'on met en avant la résistance du leucocyte

IV. Le quatrième chapitre sera consacré à résoudre les objections qui pourraient se mettre en travers de cette

conception nouvelle, à discuter et à critiquer les faits qui s'offriront à nous.

V. En cinquième lieu viendra la série d'observations qui nous ont été communiquées, ou que nous avons prises nous-même dans le service de M. le professeur Augagneur ou à la clinique de l'Antiquaille.

VI. Enfin les conclusions.

Mais, avant d'entrer en matière, nous tenons, comme nos devanciers, à respecter un vieil usage, et à formuler nos remerciements à qui de droit.

Nous sommes heureux de pouvoir assurer M. le professeur Augagneur de notre profonde reconnaissance. Après nous avoir donné de nombreuses marques de bienveillance et ses conseils, il a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. C'est là encore un titre à notre gratitude.

Nous exprimons notre respectueux attachement à MM. les D^{rs} Cordier et Carrier dont nous avons été l'externe et l'interne. Nous les remercions pour la sympathie et l'intérêt dont ils n'ont cessé de nous honorer, dans le cours de nos études médicales.

Que MM. les D^{rs} Pic, Devic, Mouisset, médecins des Hôpitaux, dont nous avons été l'interne, ainsi que MM. les D^{rs} Vallas et Jaboulay, chirurgiens des Hôpitaux,

veuillent accepter l'assurance de notre profonde gratitude.

Enfin, nous adressons aussi nos remerciements à nos collègues et amis de l'internat, MM. Vauthey et Gallois, à qui nous devons quelques observations intéressantes.

SIGNIFICATION PRONOSTIQUE
DE
L'ADÉNOPATHIE SYPHILITIQUE
PRIMAIRE ET SECONDAIRE

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Nous tenons, avant que d'aborder franchement notre sujet, à citer aussi rapidement que possible, les noms des auteurs qui ont constaté l'existence de l'engorgement ganglionnaire comme conséquence de l'infection vénérienne. Chemin faisant, nous verrons qu'au début ils n'ont eu qu'une idée vague de l'adénopathie, que la confusion règne dans leurs observations sur le chancre simple et le chancre syphilitique; puis que la différenciation s'établit, mais sans jamais en arriver à l'idée que nous soutiendrons ici.

En effet, si on dépouille les auteurs anciens, on ne trouve pas l'adénopathie (le *bubon* alors signalé au XV^e Livre du Lévitique, qui, au dire d'Apion, était connu des Hébreux).

Chez les Grecs, Hippocrate parle des bubons de l'aîne qui succèdent à des maladies des organes génitaux, sans

reconnaître la spécificité de ces affections, il fait pourtant remarquer qu'un lien pathologique existe entre la contamination vénérienne et le bubon.

Puis Galien, Dioscoride, Oribase, le relatent. Parmi les Arabes, Mésué, chez les Arabistes, Guillaume de Salicet, en font mention.

Lanfranc, de Milan, au chapitre de sa chirurgie *De Ficu et cancro et ulcere in virga virili*, remarque que : *sæpe provenit in inguine propter ulcera virgæ*.

Ces mêmes idées reviennent chez Guy de Chauliac et Pierre Argelata, de Bologne (1420).

De par ces faits, on voit que, pendant toute la période qui s'étend des Hébreux à l'invasion de la syphilis en Europe, le bubon a son histoire en regard de celle des organes génitaux. Mais il est facile de voir que les auteurs considèrent ces maladies comme purement locales, sans retentissement possible ou probable sur l'état général. Pour eux, l'engorgement des ganglions ne paraît dû qu'à l'influence d'une plaie de mauvaise nature.

Il est intéressant de voir que ce n'est qu'à partir de Nicolas Massa que le bubon syphilitique proprement dit trouve sa place dans le cadre nosologique. Car les premiers observateurs du chancre infectant n'avaient pas vu l'engorgement ganglionnaire spécifique, indolore, symptomatique de ce chancre, qui passe d'ailleurs inaperçu des malades.

Ni Leonicensi, ni G. Torella, ni Catané, ni J. de Vigo, ni Petrus Victor ne le signalent parmi les symptômes de la syphilis.

Mais avec Massa, les choses changent, bien qu'il confonde l'ulcère chancreux avec l'ulcère syphilitique.

Aussi Astruc (1736) admet-il qu'à une certaine époque qui remonte exactement à Nicolas Massa, le bubon chancereux fait partie des symptômes syphilitiques. Mais on fit bientôt la remarque que, dans les cas où les glandes de l'aîne suppurent à la suite d'infection des organes génitaux, on ne voit pas survenir d'accidents constitutionnels.

Antonius Gallus, Thierry de Héry, Ambroise Paré sont du même avis.

Fallope, toutefois (1560), au milieu de la confusion générale, semble avoir distingué le bubon syphilitique avec sa forme indolente. Il décrit un bubon *parvus non dolorosus, non valde crescens*. Mais il est facile de se convaincre que sa distinction est éphémère, car plus loin il considère cette tumeur indolente non pas comme symptomatique du chancre infectant, mais comme une forme accidentelle.

Avec Hunter s'ouvre pour le bubon l'ère physiologique. On a démontré l'absorption lymphatique, mais pour lui, comme pour ses devanciers, blennorrhagie, chancres, syphilis, dérivent d'un même virus.

Nous arrivons à notre siècle, à Ricord et à son école. Nous ne reviendrons pas sur les travaux si patients et si minutieux de ce savant, qui parvint, à force de sérieuses recherches à établir la dualité de la chancrelle et du chancre dur, et, presque de ce fait, du bubon inflammatoire et de l'adénopathie réellement spécifique.

La route est dès ce moment tracée, nombre d'observateurs s'y engagent d'un pas plus ferme. Dès lors paraissent les œuvres de Baumès, Melchior, Robert, Lancereaux, Cullerier, Diday et Doyon, Rollet, Jullien, Fournier, etc.

A tout cela s'ajoutent des thèses assez nombreuses sur l'adénopathie dont nous citerons les principaux auteurs, tels que Trossat (Strasbourg, 1844) ; Beau (Montpellier, 1850) ; Salneuve (Paris, 1852) ; Batailler (Paris, 1854) ; Delpech (Montpellier) 1855) ; Reboul (Paris, 1857) ; Nayrand (Paris, 1862) ; Viancin (Strasbourg, 1869).

Mais, en aucune de ces œuvres, soit magistrales, soit inspirées par les Maîtres, on ne sent que la constatation, dans l'aîne ou ailleurs d'un ganglion augmenté de volume, puisse inspirer une idée autre que de se servir de ce fait pour le diagnostic de l'affection. Il est clair pour eux que tout bubon inflammatoire est la conséquence du chancre simple, que l'adénopathie indolente est au contraire le signe propre du chancre dur, mais il semble qu'on ne puisse pas aller au delà de ces connaissances, et que chercher plus loin ce soit tenter l'impossible !

CHAPITRE II

Idées communes généralement acceptées sur l'Adénopathie syphilitique.

1° ADÉNOPATHIE PRIMITIVE

Maintenant que nous avons suivi les auteurs à travers les âges, nous allons poser nettement la question de l'adénopathie, telle qu'elle est comprise de nos jours. Cela nous aidera, dans un chapitre ultérieur, à remanier certaines formules qui, d'après les déductions à venir du titre de l'ouvrage ne seraient plus dans nos idées actuelles.

Il est reconnu par tous, à l'époque où nous sommes, que la syphilis détermine des adénopathies de deux ordres : les unes, précoces, immédiates, se produisant à la suite de l'accident originel de la maladie ; les autres, plus tardives, qui se montrent à une date plus ou moins éloignée du début de l'infection, se manifestant loin du siège du chancre, au titre d'accidents diathésiques, soit essentiels, soit symptomatiques des lésions consécutives.

Dire adénopathie, c'est dire symptôme constant de l'infection syphilitique primitive.

« Le bubon, dit Ricord, accompagne invariablement, *fa alement* l'accident initial de la syphilis; il suit le chancre comme l'ombre suit le corps; c'est le compagnon fidèle *obligé* du chancre infectant... Sans doute, il peut être plus ou moins développé, plus ou moins manifeste aux différentes époques de son existence, mais il ne fait jamais défaut... *Pas de chancre infectant sans bubon*, voilà ce qu'on peut donner hardiment comme une loi pathologique. »

Fournier reconnaît au contraire qu'il est des chancres syphilitiques qui ne déterminent pas d'engorgement ganglionnaire. Sans doute, d'après lui, ce sont des faits très rares, tout à fait *exceptionnels*, que l'on n'observe pas plus d'une ou deux fois sur cent malades, mais dont cependant il apprécie la valeur et dont il faut, à son dire, tenir un compte sérieux au point de vue séméiologique.

Par conséquent, il serait très curieux d'observer dans les cas de cette nature les motifs ou les conditions qui empêchent le virus syphilitique de se porter sur les ganglions. Mais il avoue que sur ce point nous devons reconnaître notre ignorance absolue. Tout au plus, a-t-il été permis de saisir quelques-unes des circonstances dans lesquelles l'intégrité partielle ou totale des ganglions a été notée, et qu'il n'est pas sans intérêt de faire connaître.

1° Ricord a fait remarquer, et Fournier l'a fait dans la suite, que le chancre *infectant phagédénique* n'exerce parfois aucun retentissement ganglionnaire. Le phagédénisme paraîtrait donc être une des conditions qui empêchent l'action syphilitique de s'irradier sur les ganglions.

2° Le symptôme ganglionnaire est assez habituellement en relation inverse avec le système adipeux. La conclusion qui s'impose est donc que, chez les individus gras, les ganglions sont petits; à la suite de chancre infectant ils sont souvent peu développés, parfois même, mais cela est rare, ils font complètement défaut.

La proportion établie par Fournier entre les syphilitiques, avec ou sans réaction ganglionnaire, est bien minime pour ces derniers. Sur 265 cas, il a rencontré 260 fois l'adénopathie. Cinq fois elle n'a donc pu être constatée, mais *trois fois seulement* elle fit réellement défaut.

Tout le monde admet, à l'heure où nous sommes, que les ganglions auxquels aboutissent les lymphatiques de la région contaminée par le virus syphilitique s'engorgent sitôt après l'infection. Par suite, le *siège* de l'adénopathie est connu et non discuté: elle est en relation directe avec l'accident dont elle dérive. Or, le chancre pouvant se développer sur n'importe quel point de la surface tégumentaire, il s'ensuit que l'adénopathie s'observera sur les régions les plus diverses.

Le chancre de la région génitale est le plus fréquent, c'est donc à l'aîne que se rencontre le plus souvent le bubon syphilitique.

Le bubon s'observe encore assez souvent, avec une fréquence beaucoup moindre, il est vrai, à la région sous-maxillaire (chancre de la bouche, des lèvres, de la langue, du menton, etc.), plus rarement dans l'aisselle (chancre du sein, des doigts), exceptionnellement sur d'autres ganglions de siège divers: ganglions cervicaux, sus-hyoïdiens, parotidien, préauriculaires, épithrochléens, etc.

A l'aine, ce bubon peut être direct ou croisé, unique ou double, c'est-à-dire affecter une seule des régions inguinales ou les deux à la fois.

Il a en outre cela de spécial qu'il a de la tendance à se porter à la fois sur les ganglions des deux aines. Fréquemment, alors que le chancre d'origine est unique et siège sur un des côtés de la verge, le bubon est double, bi-inguinal.

Mais le plus souvent, du côté correspondant au chancre, il y aurait une pléiade bien formée, tandis que de l'autre il n'existerait qu'un seul ganglion ou un petit nombre de ganglions d'un développement moins considérable.

Quelle est l'époque d'apparition de l'adénopathie relativement à celle du chancre induré ? Elle se manifeste avec une régularité, une ponctualité chronologique qui constitue un de ses caractères différentiels. Elle coïncide presque invariablement avec l'époque où se produit l'induration chancreuse, ou la suit de très près. Ricord est d'avis qu'elle paraît au cours du *premier ou du second septénaire* après le début du chancre ; très rarement elle tarde davantage à se manifester.

Ici se place la question des *symptômes* que détermine l'adénopathie primitive. Point n'est besoin d'avoir palpé les aines d'un grand nombre de syphilitiques pour donner ses caractères ; nous suivrons dans cette énumération la marche et l'ordre de Fournier, et nous dirons que le bubon syphilitique est constitué par *tuméfaction* ganglionnaire présentant une *dureté spéciale* et complètement dépourvue de *phénomènes inflammatoires*.

a) La *tuméfaction* n'est guère que moyenne. En règle générale, le bubon syphilitique présente un développement

très inférieur à celui de l'adénite simple ou du bubon chancreux.

Dans la majeure partie des cas, le ganglion affecté n'est que doublé ou triplé de volume ; de plus, il n'offre pas d'engorgement périphérique ; à l'aîne, par exemple, dit Fournier, chacune des glandes qui constituent ce qu'on appelle la pléiade ne dépasse guère le volume d'une petite noisette.

Cependant il ne pose pas cet argument en règle générale, et il avoue qu'il n'est pas rare de voir un développement plus considérable, soit par exagération de volume d'un seul ganglion, soit par agglomération de plusieurs glandes, soit en raison de complications inflammatoires ou de dégénérescence strumeuse des glandes.

b) La *dureté* est remarquable ; elle est même spéciale, comme dit Ricord ; elle donne au doigt explorateur la même sensation que la base du chancre induré. C'est une dureté *sui generis*, chondroïde, élastique, résistante, suivant une expression heureuse de Ricord « c'est pour ainsi dire l'induration chancreuse transportée dans le ganglion ».

c) Signalons l'absence de tout *phénomène inflammatoire*. Le ganglion se tuméfie et s'indure : c'est là tout le bubon syphilitique.

De là découlent quelques conséquences d'un haut intérêt séméiologique.

1° *L'indolence*. Le ganglion n'est pas senti par son porteur, il passe parfois inaperçu, et garde sous le doigt une insensibilité absolue.

2° *La conservation* de la teinte normale des téguments qui reste sans rougeur.

2° *L'intégrité de forme, la mobilité et l'indépendance* des ganglions.

En se tuméfiant celui-ci conserve sa forme anatomique, reste libre et indépendant des parties voisines avec lesquelles il ne contracte pas d'adhérences.

Quand le bubon est polyganglionnaire, les différentes glandes qui le composent restent indépendantes les unes des autres et forment autant de petites tumeurs isolées, qui glissent librement et sans effort sous le doigt.

Il est facile de saisir, à tous ces points de vue, la différence entre l'adénite simple et le bubon chancreux.

d) A tous ces signes s'ajoute la *multiplicité des glandes affectées*. L'engorgement polyganglionnaire constitue la pléiade proprement dite, qui se compose d'une série de ganglions spécifiquement affectés et offrant l'ensemble des caractères que nous venons de décrire. Parmi eux il s'en trouve *un*, plus saillant, plus développé, auquel on donne le nom de *ganglion anatomique* de Ricord.

e) Ajoutons enfin que fréquemment le bubon est relié au chancre dont il dérive par de petits cordons durs, qui suivent l'axe de la verge, qui sont facilement perceptibles sous la peau, et donnent au doigt à peu près la même sensation que le canal déférent.

Que devient le bubon syphilitique, quelles sont sa *marche*, sa *durée*, sa *terminaison*? Il s'accroît assez vite. En huit, dix, quinze jours il a généralement acquis son développement complet. Il reste ensuite stationnaire et persiste ainsi, sans modification notable, pendant un temps toujours assez long, plusieurs semaines, et quelquefois deux ou trois mois. Il survit donc au chancre, c'est un fait établi. Puis, il diminue lentement, et il n'est

pas rare de le retrouver encore, à des degrés atténués, dans le quatrième, le cinquième, le sixième mois de la maladie, quelquefois même plus tard encore.

Certains syphiligraphes, Ricord entre autres, en ont rencontré « des vestiges non équivoques à plusieurs années d'intervalle du début de l'infection ».

Ricord et Fournier considéraient l'adénopathie surtout au point de vue du diagnostic à établir ; en cas de doute, dans les petites ulcérations, il ne faut jamais négliger, disent-ils, *d'interroger les ganglions*.

Tout ce que nous venons de dire touchant l'adénopathie est la règle générale, et c'est de la sorte que les choses se passent presque toujours. Il ne faudrait cependant pas rester sous cette impression qu'on a constamment devant soi une pléiade typique ; non, en syphilis pas plus qu'ailleurs il n'y a d'absolu ; voilà pourquoi, avant que de terminer ce chapitre, nous tenons à dire qu'il existe des variétés de volume, et que, s'il y a de gros ganglions, il peut s'en trouver de petits.

De même, ni la dureté, ni l'indolence, ne sont absolument constantes, d'après les auteurs ; il y a quelquefois des symptômes inflammatoires passagers, et dans quelques observations on a vu les ganglions de la pléiade non pas isolés, mais cohérents.

Fournier signale également une adénopathie survenue vingt-sept jours après le début du chancre.

Le pronostic de l'adénopathie est bénin en lui-même ; son diagnostic est facile.

2 ADÉNOPATHIE SECONDAIRE

Il est peu de maladies capables d'influencer le système ganglionnaire au même degré et avec la même fréquence que le fait la syphilis.

L'action de la diathèse, nous venons de le voir, commence avec le chancre. Mais ici on remarque tout d'abord quelle différence sensible existe entre les deux formes d'adénopathie primitive et secondaire : à la période primitive, elle est toujours bornée au département glandulaire qui avoisine le chancre. Plus tard, elle se généralise, ou du moins acquiert une extension plus considérable, se dissémine. On voit ainsi à la période secondaire, — période où s'exerce surtout l'influence de la diathèse sur le système lymphatique — que les ganglions sont bien plus multiples qu'à l'époque d'apparition du chancre, et appartiennent aux régions du corps les plus diverses.

Ces adénopathies ont une importance très variable d'un sujet à l'autre. Légères, et même inappréciables chez l'un, elles sont plus accentuées, plus intenses chez l'autre. Chez certains individus leur développement devient excessif, elles constituent en ce cas un véritable *glandage* syphilitique. Plus rarement, enfin, chez certains sujets prédisposés au lymphatisme par leur constitution, on les voit dégénérer en bubons chroniques et suppuratifs ne justifiant que trop le nom qui leur a été donné d'*écrouelles syphilitiques*, comme le dit Fournier.

Il était naturel de se demander pourquoi survient ce

retentissement ganglionnaire à une époque où le virus est absorbé, fait en quelque sorte partie intégrante de l'être contaminé, aussi a-t-on discuté longtemps sur la *pathogénie* des adénopathies secondaires. Pour les uns, elles seraient toujours symptomatiques, c'est-à-dire provoquées par des lésions du tégument cutané ou muqueux. Pour d'autres, elles seraient plus spécialement ou exclusivement même *idiopathiques*, c'est-à-dire que leur apparition dépendrait directement de la diathèse, et non des manifestations locales.

Fournier estime que le débat est de médiocre importance, car, pour lui, « il est positif que parfois les adénopathies secondaires se produisent sans être appelées, incitées par des phénomènes locaux. Mais il est certain aussi qu'elles se manifestent plus souvent, bien plus souvent à la suite et à propos des lésions cutanées ou muqueuses, et leur relation pathogénique avec ces derniers accidents ne saurait être méconnue. »

Il admet donc en principe deux points acquis : en premier lieu, que certaines adénopathies se développent sans cause apparente, *sponte sua*, sous la seule influence de la diathèse, sans lésions appréciables du tégument externe ou des muqueuses.

Secondement, qu'il est des adénopathies qui paraissent au voisinage et sous l'influence manifeste de lésions secondaires, de la même façon que le bubon primitif se produit dans les ganglions qui avoisinent le chancre, sous son action.

Fournier établit une différence considérable entre le chancre et la période secondaire, au point de vue de l'adénopathie. Pour lui, comme pour Ricord, avec le

chancre elle est nécessaire, forcée, *fatale*, n'a pas le droit de faire défaut ; avec les lésions secondaires, au contraire, elle est seulement éventuelle, possible, et dans un grand nombre de cas ne s'observerait pas.

Et il ajoute : « les exanthèmes cutanés ne développent presque jamais d'adénopathies (le psoriasis palmaire, les syphilides vulvaires). Il n'est guère, en somme, que certaines formes et certaines localisations d'accidents qui influencent les ganglions à la période secondaire, telles par exemple que les syphilides du cuir chevelu et les syphilides muqueuses de la cavité buccale... il semblerait que certains ganglions se prêtent mieux que d'autres à subir et à traduire l'influence de la diathèse. »

C'est en général au début ou dans les premiers mois de la période secondaire que ces adénopathies se produisent.

Il est rare de les observer un peu plus tard, dans la seconde année, par exemple. Jamais, au dire des syphiligraphes les plus compétents, on ne les voit après dix, quinze, vingt ans d'infection.

Ces adénopathies sont *froides, indolentes, aphlegmasiques, et résolutives* (Fournier). Elles se constituent sourdement et insidieusement, sans que le malade qui en est porteur se doute un instant de leur apparition et ensuite de leur importance. Elles ne sont perçues que par les syphilitiques de la classe éclairée, ou par ceux qui sont tenus en continuel souci par leur affection, et notent la venue de l'accident le plus bénin.

Fournier considère ces adénopathies comme des *indices*, des témoins utiles à consulter dans des cas de dia-

gnostics obscurs ; ce sont, pour lui, des signes propres à mettre sur la piste de la syphilis.

Le plus habituellement, dit-il, les adénopathies secondaires sont discrètes.

Il se demande enfin si l'on pourrait tirer un élément pronostique de quelque valeur de la multiplicité, de la confluence insolite des engorgements ganglionnaires à la période secondaire. Il en arrive à conclure qu'il a remarqué, — qu'il a été le premier à faire cette remarque, — que le grand nombre, le développement exagéré, la dissémination des glandes sur des zones diverses, sont assez souvent en rapport et coïncident avec des accidents syphilitiques plus ou moins sérieux, notamment avec des troubles intéressant la vie splanchnique.

Plusieurs fois il a vu le glandage secondaire s'accompagner d'une anémie marquée, avec décoloration chronique des téguments, faiblesse générale, alanguissement, désordres nerveux, etc.

Il se demande enfin si le nombre des globules blancs du sang n'est pas augmenté, de façon à constituer une *leucocytose* passagère.

Mais de tout cela il ne tire aucune conclusion pratique, tout reste dans le domaine de l'hypothèse. Jusqu'à ce moment on n'essaie pas d'édifier une théorie capable de donner une idée, si vague soit-elle, du *pourquoi* de l'engorgement des ganglions, aussi bien à la période primitive qu'à la période secondaire.

3° ADÉNOPATHIE TERTIAIRE

Si les syphiligraphes ont constaté et décrit l'adénopathie aux deux premières périodes de la syphilis, ils l'ont signalée aussi au cours des accidents tertiaires.

Et d'abord, ils ont nettement établi deux divisions : ils placent dans la première les adénopathies tertiaires profondes, et dans la seconde les adénopathies tertiaires superficielles.

Les idées qui sont émises ici, touchant les adénopathies profondes, sont en grande partie empruntées à la thèse de Gonnet (Paris, 1878, *Essai clinique sur l'adénopathie syphilitique tertiaire*).

Notons les faits suivants :

1° Lancereaux a dit que les adénopathies tertiaires profondes sont à la syphilis des viscères ce que les adénopathies lymphatiques sous-cutanées sont à la syphilis de la peau, c'est-à-dire un accompagnement presque obligé ;

2° Qu'elles peuvent survenir à la suite d'un traumatisme chirurgical ou accidentel, chez un sujet prédisposé ;

3° Qu'elles peuvent être la manifestation isolée de la maladie. Dans ces cas, on peut dire que l'adénite est purement spécifique.

Cette adénite se présente sous deux formes :

- a) Scléreuse ;
- b) Inflammatoire.

A. Dans la forme scléreuse les ganglions sont tôt ou tard résorbés, mais rarement cette résorption est complète ;

ils persistent quelquefois pendant des années, quelquefois toute la vie, en présentant de petites dimensions.

B. Dans un second cas il se manifeste de l'inflammation et une ouverture spontanée ; puis se fait l'issue d'un liquide filant, épais, citrin, renfermant des débris de tissus mortifiés..

Voici, d'après Gonnet, les caractères des adénites tertiaires : ce sont des tumeurs de volume variable, ne dépassant guère celui d'une noix, indolentes ou à peine douloureuses, mobiles sous la peau et sur les tissus sous-jacents et environnants. Tantôt elles sont dures et élastiques, tantôt molles, confusément fluctuantes ou franchement fluctuantes. D'autres fois, plusieurs ganglions sont englobés en une masse dure, bosselée, insensible.

L'anatomie pathologique de ces lésions a été établie par Virchow et par Lancereaux.

Ils ont observé trois stades différents :

1^o Un stade *purement irritatif* ou *fluxionnaire*. Il y a dans ce cas une infiltration plus forte du tissu, et un afflux plus considérable du sang, grâce auxquels se produisent l'hypertrophie et l'augmentation des corpuscules de la lymphe.

2^o Le stade *médullaire*, dans lequel la prolifération des éléments donne à la coupe de la glande un aspect blanchâtre, d'un blanc grisâtre ou d'un rouge grisâtre.

3^o Le stade *caséeux*, où ils ont trouvé la métamorphose grasseuse des éléments.

Il nous reste, pour terminer, à dire quelques mots des *adénopathies tertiaires superficielles*. On a signalé la façon différente dont se comporte le système ganglionnaire

dans la syphilis, suivant la période secondaire ou la période tertiaire.

Dans le premier cas, l'engorgement ganglionnaire est la règle; il en est tout autrement au cours de la syphilis tertiaire. Des malades qui ne pouvaient avoir une plaque muqueuse sans une adénopathie des plus manifestes auront ultérieurement une destruction du voile du palais ou une gomme plus étendue de la peau, sans qu'il y ait du côté des ganglions un rapport avec la lésion locale. En somme, ont dit certains auteurs, quand la syphilis tertiaire atteint les ganglions, elle se comporte vis-à-vis d'eux comme la syphilis secondaire.

Nous retrouvons ces idées dans les thèses de Gonnet citée plus haut, et de Salneuve, 1852.

D'autres, parmi lesquels Desruelle, 1852; Sarrhos, 1853; Cahen, 1859, signalent incidemment les manifestations ganglionnaires dans la syphilis tertiaire. M. Potain en parle également dans sa thèse d'agrégation, 1860.

Puis viennent les publications du Traité de Virchow, *syphilis constitutionnelle*, 1860, et du livre de M. Lancereaux, 1866.

Signalons encore une observation de Verneuil, 1871, un mémoire de Campana paru à la même époque et renfermant quatre observations, deux faits de Bourdon, 1872; la thèse de Ramage, 1880, et l'article de MM. Lannois et Lemoine, adénopathies superficielles dans la syphilis tertiaire, in *Revue de Médecine*, 1887.

Le professeur Rollet avait pensé que « les ganglions des aînes et du cou peuvent être envahis dans la syphilis tertiaire, mais le plus souvent ce sont les ganglions profonds et viscéraux ».

De la lecture des observations et des ouvrages signalés, il résulte qu'il existe des cas où l'adénopathie est pour ainsi dire essentielle, réellement spécifique, dans lesquels on n'a trouvé sur la peau aucune lésion pouvant retentir sur les ganglions.

Dans la seconde catégorie, l'adénopathie est liée à une lésion de voisinage. C'est ce que nous retrouvons dans l'observation XI de Virchow (sténose du larynx et granulations fongueuses sur le cartilage cricoïde partiellement détruit; cicatrices de la trachée et des bronches; *tuméfaction médullaire des ganglions jugulaires et bronchiques*; l'observation V de Gonnet (syphilis ulcéreuse des lèvres et de la face interne de la joue gauche; gomme des glandes sous-maxillaires droite et gauche, *engorgement des ganglions, cervicaux latéraux*).

Nous voyons par là que l'adénopathie tertiaire a été bien étudiée par plusieurs depuis quelques années déjà. Comment faut-il envisager la question de l'invasion ganglionnaire à cette période; c'est ce que nous examinerons plus loin.

CHAPITRE III

L'Adénopathie syphilitique envisagée au point de vue de la phagocytose.

A la séance de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie du 14 février 1895, M. le professeur Augagneur ouvrait un horizon nouveau au sujet de l'interprétation possible de l'adénopathie aux deux premières périodes de la syphilis.

D'après lui, pour la majorité des auteurs, il n'y a pas, en général, de rapport entre le développement des lésions syphilitiques et celui des adénopathies qui les accompagnent. Ainsi, on voit souvent avec un chancre énorme une adénopathie minime, ou au contraire une adénopathie intense à la suite d'un chancre de peu de gravité. Il en est de même à la période secondaire.

Il existe pourtant des faits dans lesquels on peut établir un rapport inverse entre le développement des lésions syphilitiques et celui des adénopathies. Se basant sur une patiente observation des faits qu'il a eus sous les yeux,

M. Augagneur dit qu'il a vu de nombreux cas de syphilis chez les impubères et chez les vieillards : chez les premiers, la syphilis était bénigne et s'accompagnait d'adénopathies primaires et secondaires tenaces ; chez les vieillards au contraire, il a constaté des chancres graves, des accidents intenses, et des adénopathies réduites à leur minimum.

De là à supposer une réaction plus ou moins sérieuse, un pouvoir de défense plus ou moins accusé de la part du système lymphatique en général, et du ganglion en particulier, de là, en un mot, à évoquer la phagocytose, il n'y avait qu'un pas.

Jusqu'alors, en effet, aucune explication logique ou vraisemblable n'avait été donnée, qui pût faire comprendre le mécanisme d'un engorgement ganglionnaire, si peu marqué soit-il.

Et pourtant, après un peu de réflexion, quoi de plus simple pour permettre de comprendre cet engorgement, que l'application des recherches de Metschnikoff à la marche de la syphilis dans l'économie.

Tout le monde connaît actuellement, d'une façon suffisante, les travaux de ce savant. Il a eu à cœur de montrer le pouvoir des leucocytes, l'importance de leur rôle et de leur action défensive et protectrice dans l'organisme.

Après une étude analytique et synthétique, il en est arrivé à rapporter à l'homme, et à presque toutes les affections où un stade de réaction se manifeste, les conclusions qu'il avait tirées de ses études sur les êtres placés au degré le plus inférieur de l'échelle.

Puis, après avoir relaté ce qui se passe chez les Amibes et autres Rhizopodes, tels que les infusoires flagellés et

ciliés, il fait la remarque que, chez les animaux plus élevés dans la série (Éponges), la plupart des éléments du corps jouissent de la même faculté que les Protozoaires.

Son travail, qui primitivement portait sur la digestion intra-cellulaire de ces êtres, se complète ensuite par la phagocytose proprement dite. Il vit, en effet, que le rôle des cellules amiboïdes ne se borne pas à la résorption des tissus affaiblis ou morts, mais que ces cellules servent aussi comme moyen de lutte contre les microbes parvenus dans les tissus de l'animal. C'est à elles que, d'une façon générale, il donne le nom de *phagocytes*. Ils entourent par leur protoplasma le microbe envahisseur et le digèrent d'après le mode de digestion intra-cellulaire. Ces leucocytes phagocytes sont encore nommés par lui *microphages*, tandis qu'il réserve la dénomination de *macrophages* aux cellules fixes du tissu conjonctif. Entre ces deux espèces de phagocytes existent des états transitoires (transformation des leucocytes émigrés en cellules fixes).

Telle est, succinctement résumée, la théorie phagocytaire qui a été pendant quelque temps le *primum movens* de travaux originaux ayant pour but le contrôle de la théorie émise par le savant de l'Institut Pasteur.

Elle a été admise successivement par Ch. Dirching Holmfeld (*Nordisk med. Archiv.*, n° 4, p. 2, 1887), Banti, Gallmaerts, Emmerich et Mattei, Tschitovitch, Danilewski, Lusbarsch, et au Congrès de Berlin, 1890, par M. Bouchard.

Nous tenions à rappeler ainsi que la théorie de la phagocytose, grâce au contrôle des savants des divers pays, est à l'abri des doutes, et par suite que c'est pour nous une base solide sur laquelle nous pouvons nous appuyer

pour soutenir l'idée de l'adénopathie syphilitique à un point de vue nouveau.

Jusqu'à présent on avait constaté l'adénopathie aux diverses périodes de l'infection syphilitique, mais on s'était découragé à chercher une explication plausible, et on en restait sous cette impression que l'engorgement ganglionnaire survient parce que l'organisme est infecté par un virus, mais on n'allait pas au delà.

Tout se simplifie au contraire, si on applique la théorie de la phagocytose à la diffusion dans l'économie du poison syphilitique. Les leucocytes, comme des sentinelles vigilantes, sont toujours à l'affût du microbe ou du germe qui menace les fonctions vitales. Vienne une substance étrangère, ils affluent vers le point menacé.

Cela nous amène à examiner comment se fait d'une façon générale la défense de l'organisme par ces deux éléments combinés et qui se prêtent un mutuel secours leucocytes et ganglions, et à déduire ensuite ce qui se rapporte plus spécialement à la syphilis.

De fait, si l'on veut savoir comment et où se livrent les combats entre les microbes et les leucocytes, il est utile de se demander comment les premiers pénètrent dans les tissus, comment ils franchissent la porte d'entrée. Il convient en un mot de savoir par quelles phases passe l'être infecté; pour employer le mot de Chauffard cela en revient à connaître les *étapes lymphatiques de l'infection*.

Quand un microbe pathogène pénètre avec effraction à travers la peau ou les muqueuses de l'organisme, il se trouve tout d'abord dans le tissu conjonctif sous-tégumentaire ou interstitiel qui double l'enveloppe protectrice de l'économie. Il est exceptionnel que du premier coup ces

microbes envahissent le système veineux ou artériel, et, de l'avis de tous, l'infection vasculaire primitive est aussi rare que la secondaire est fréquente. Une raison logique de cet état de choses, c'est que les radicules terminales ou plutôt initiales du système lymphatique arrivent précisément dans les espaces conjonctifs où, de prime abord, tombent les bactéries après avoir franchi la porte. De la sorte, les espaces conjonctifs, qu'abordent dès leur entrée dans l'organisme les bactéries pathogènes, représentant la source même des canaux de la lymphe, il résulte qu'une fois la frontière cutanée ou muqueuse franchie, la première étape accomplie sur le territoire est une *étape lymphatique*.

Combien de temps ces bactéries pathogènes vont-elles rester là ? Pénètrent-elles immédiatement dans les radicules qui s'ouvrent devant elles ? Il résulte des données actuelles que c'est à cette époque primitive, aux origines de la circulation lymphatique, que va se livrer le premier combat entre les éléments de la défense organique et ceux de l'invasion bactérienne. C'est que la nature prévoyante, comme un chef d'armée, a compris l'inutilité de laisser se faire trop vite l'invasion par les bactéries qui, par leur pullulation, deviennent souvent un danger pour le porteur. Car, ou bien leur nombre est minime et les leucocytes en ont vite raison, ou bien il est considérable et l'armée des phagocytes doit se répandre de tous côtés. Or, la division des effectifs amène le plus souvent la défaite. Voilà pourquoi la première étape a tant d'importance.

D'après ce qu'il arrive de la lutte première, on peut ensuite suivre à la piste de leur point de départ jusqu'à

leur point d'arrivée diverses invasions microbiennes plus ou moins cycliques.

C'est en combinant à ces notions anatomiques et topographiques les notions histopathologiques du degré et de la nature des réactions des voies de la lymphe successivement envahies qu'on peut éclairer l'histoire du système lymphatique et de l'infection.

Au point de vue de la pathologie générale on peut réduire la représentation schématique du système lymphatique à celle d'un appareil composé de trois segments :

- 1° Un réseau radiculaire initial périphérique;
- 2° Les canaux;
- 3° Les ganglions.

Ces trois segments communiquent entre eux, sont en rapport de la façon la plus intime, et sont par conséquent dans leurs fonctions étroitement solidaires.

La lutte, nous l'avons vu, s'est engagée sitôt après la pénétration des bactéries, en regard des radicules du système lymphatique. Par malheur, le nombre des bactéries est trop considérable, les leucocytes sont vaincus ; les bactéries pénètrent alors dans les canaux où va se continuer la lutte, jusqu'au moment où, rien ne les arrêtant plus, elles arriveront au véritable organe de défense, au *ganglion*.

Le rôle de cette partie du système lymphatique avait été longtemps laissé dans l'ombre. On commence à s'en inquiéter davantage, et, actuellement l'anatomie et l'histologie normale des ganglions démontrent le rôle que ceux-ci sont destinés à remplir en pathologie.

Chaque ganglion constitue un appareil de filtrage et de ralentissement interposé sur le cours de la lymphe. Là

encore la nature a compris l'utilité qu'il y aurait à empêcher une pénétration trop hâtive d'un germe infectieux, passé par mégarde ou par sa force propre du tissu conjonctif interstitiel au cœur du système de la lymphe.

Si dans son parcours, ce germe n'a eu à soutenir que des assauts insignifiants, là il se trouvera en rapport avec de nombreux éléments. De plus, la texture du ganglion ajoute encore à la puissance de sa résistance contre lui.

Retard dans sa progression, et lutte plus vive à soutenir contre des forces plus concentrées déployées dans ce combat qui va être, sinon le dernier, du moins un combat décisif pour l'envahissement ultérieur et rapide, tel est le rôle, telle est la raison de l'existence du système ganglionnaire.

Les germes infectieux arrivent ainsi, par les vaisseaux afférents dans les sinus périfolliculaires au contact des follicules où sont massés les phagocytes les plus actifs de l'économie, les leucocytes, dont la vitalité s'accuse par une karyokinèse dont Flemming a étudié les phases et tracé les figures.

De plus, la circulation capillaire des follicules apporte aux foyers cellulaires du ganglion, dans un réseau radié d'une extrême richesse, l'oxygène du sang artériel toujours renouvelé qui, en exaltant la vitalité des phagocytes et en atténuant celle des bactéries, fournit à la défense du ganglion un appoint chimique doublement précieux.

Ceux des microbes qui échappent à la destruction pendant la traversée d'un premier ganglion retrouvent d'autres leucocytes sur leur route où se représentent les mêmes obstacles à franchir.

Chacune des étapes ganglionnaires de l'infection offre

de la sorte un vrai champ de bataille où l'organisme, par la disposition et les fonctions naturelles du système lymphatique, offre le combat aux microbes envahisseurs, et réussit à arrêter souvent, à retarder toujours le progrès de leur marche.

Ce qui sera plus difficile à connaître d'une manière exacte, c'est la manière véritable dont résiste le système ganglionnaire. Les ganglions arrêtent totalement ou en partie les germes de l'infection, cela est admis, mais comment s'exerce ce mode de résistance ? En d'autres termes, a-t-on décrit comment s'exerce la phagocytose dans le ganglion ?

Rien n'est absolument précis sur ce point : voici pourtant le résultat de nos recherches.

Colin, d'Alfort, en 1878 (*Bull. Ac. de Méd.*, 5 mars 1878) avait étudié l'ordre d'apparition des foyers virulents après l'inoculation charbonneuse, et montré que les ganglions, qui reçoivent les lymphatiques du point inoculé, possèdent la virulence bien avant le sang et les autres organes.

La même année, Toussaint (Théorie de l'action des bactéries du charbon, *C. r. de l'Acad. des Sciences*, 15 avril 1878) s'est attaché à déterminer le mode d'accroissement de l'organisme par les bactéries.

Le premier il a insisté sur leur prolifération dans les lymphatiques de la région inoculée et surtout dans les ganglions qui reçoivent ces vaisseaux.

Sa note est postérieure à celle de Colin, mais tous deux se sont placés à un point de vue tout différent.

Colin ne cherchait que la virulence, qu'il n'attribuait pas aux bactéries, puisqu'il prétendait que les ganglions

sont virulents avant d'en contenir. Toussaint s'inquiétait surtout de l'envahissement par les bactéries; il a le mérite de les avoir vues le premier proliférer dans l'intérieur du premier ganglion.

Rodet (th. de Lyon, 1881, *Contribution à l'étude expérimentale du charbon bactérien*) dit que, « à une certaine distance de la partie inoculée, dans la région des ganglions, où cette partie envoie ses lymphatiques, on peut souvent constater un œdème parfois volumineux, et presque toujours une notable tuméfaction ganglionnaire; à un degré considérable, cet état revêt un aspect presque caractéristique ».

Plus loin, il dit qu'en se basant sur l'état des ganglions il a pu déterminer la région par laquelle le virus charbonneux avait pénétré chez le cochon d'Inde. Par l'examen à l'œil nu on a souvent même une très grande présomption. Il existe en général autour des ganglions un œdème parfois à grandes proportions. Les ganglions sont augmentés de volume, quelquefois d'une façon peu marquée, ils sont mous, infiltrés. Leur examen microscopique montre qu'ils contiennent un nombre quelquefois prodigieux de bactéries, qui sont répandues à profusion dans le sac ganglionnaire, mélangées aux globules blancs.

Il a toujours trouvé au moins un ganglion engorgé, quelquefois plusieurs, mais il a vu chaque fois des bactéries dans le stroma ganglionnaire.

Poursuivant nos recherches dans le même sens, nous nous sommes adressé à la résistance ganglionnaire dans la *tuberculose*. Il résulte, de nos lectures à ce sujet, les faits suivants : d'après Mirinescu, les bacilles se rencon-

trent toujours difficilement dans les ganglions caséo-scléreux, ou même ils peuvent manquer.

Pizzini (*Zeit fur klin. Med.*, XXI, p. 329) a cherché à savoir si les ganglions lymphatiques des sujets non tuberculeux, ayant succombé à une affection tout autre que la tuberculose, ne pouvaient pas contenir de bacilles de Koch. Sur 30 sujets, objets de ses études, douze fois les résultats furent affirmatifs et les cobayes succombèrent tuberculeux.

Qu'est-ce que cela prouve, sinon que la défense, dont est le siège le ganglion, se fait d'une façon plus ou moins efficace, et, si le sujet meurt d'une autre affection que la tuberculose, c'est que ses ganglions ont fonctionné suffisamment pour l'en préserver : la présence des bacilles dans leur stroma est l'indice d'une lutte passée.

Et maintenant, que faut-il penser de tout ce qui précède ? Nous avons passé en revue successivement la théorie phagocytaire et le moyen de résistance des ganglions, nous avons vu comment ils se défendent contre une invasion bactérienne, que ce soit le charbon, que ce soit la tuberculose.

A dessein nous avons groupé ces notions toutes ensemble pour avoir la facilité de les appliquer à la syphilis.

La thèse de Rodet nous montre que, dans le charbon, il a trouvé des ganglions tuméfiés, renfermant des bacilles : en est-il autrement dans la syphilis ? Si le système ganglionnaire s'engorge pour repousser par ses leucocytes un germe inflammatoire ou la bactérie charbonneuse, lui refusera-t-on le pouvoir de résister d'une manière identique contre le virus de la syphilis ?

Aussi, tous ces faits qui se rapportent à la résistance

des ganglions, qui, de prime abord, paraîtraient déplacés et sembleraient peut-être une longueur, ont-ils pour nous le mérite de permettre d'attribuer à la syphilis ce qui a été dit pour le charbon et pour la tuberculose.

Un seul mot est à changer, celui de *bacille* en *virus syphilitique*, et les choses s'éclairciront toutes seules.

Par suite, l'adénopathie a sa raison d'être, elle est déterminée par la résistance de l'individu.

Plus celui-ci est vigoureux et jeune, plus ses leucocytes ont de jeunesse et de vitalité, plus il a de chances d'échapper à l'action nocive du virus dont la diffusion a tendance à s'effectuer avec une rapidité extrême, si aucune barrière ne l'arrête.

Voilà pourquoi, d'une façon générale, tout être bien constitué, exempt de tares, né de parents sains, est plus apte qu'un autre à se défendre contre l'infection syphilitique.

En prenant les choses au début de l'existence, nous comprenons aisément qu'un jeune enfant, qu'un impubère qui contracte la syphilis soit plus que tout autre en état de résister avec énergie. Dans toute cette période de la vie l'organisme est en formation ; ses éléments sont neufs, non encore détériorés par les infections de toute nature auxquelles on est exposé, chemin faisant, pendant toute la vie.

A la moindre alerte les globules blancs se réunissent, se massent pour combattre l'agent envahisseur, et, du fait de leur abondance, de la possibilité de leur multiplication rapide, ils en ont bien vite raison. S'ils ne le détruisent pas complètement, ils le mettent tout au moins dans l'impossibilité de nuire, et ils vivent dans la suite en

assez bonne intelligence. Que le virus ait une velléité de se ranimer un jour, qu'une poussée secondaire en soit la conséquence, cette poussée sera bientôt étouffée, et se réduira dans la majeure partie des cas à quelques macules ou à quelques papules discrètes.

L'ennemi ainsi traqué dans son repaire, dès le jeune âge du malade, ne peut continuer à garder sa force. Il est obligé qu'il en arrive à perdre sa puissance ; si nous pouvons faire cette comparaison grossière, il est pareil à un prisonnier qui resterait de longues années enfermé, soumis à des privations multiples : le jour où il mettrait le pied dehors il serait peut-être capable de faire une blessure, mais serait incapable de porter un coup mortel, tant serait grande sa faiblesse.

Les choses présentent encore ce caractère dans l'âge adulte, mais nous sommes obligé de faire quelques restrictions à ce sujet. Le jeune homme semble de prime abord devoir offrir une résistance supérieure à celle de l'enfant. C'est vrai en principe. En effet, l'enfant n'est, à tout prendre, qu'un être en formation, un organisme frêle, tandis que le jeune homme est complètement constitué. Pourtant, combien trouve-t-on de jeunes gens entre la vingtième et la vingt-cinquième année qui n'aient déjà profité largement des plaisirs, qui n'aient abusé de l'existence ? L'alcoolisme, le tabagisme, ont joué parfois un rôle important dans l'emploi de leurs journées, chez quelques-uns ; chez d'autres, il y a lieu d'incriminer les coïts réitérés d'une façon inquiétante, les veilles, les soucis, les travaux intellectuels ; chez d'autres encore, ce sont des affections inflammatoires répétées, des accès de paludisme, et bien d'autres choses encore qui les auront mis

dans une sorte d'infériorité capable de leur supprimer en partie leur résistance.

Il est vrai que, malgré cela, les accidents syphilitiques auxquels ils sont exposés ne sont le plus souvent que d'une gravité moyenne, à moins qu'ils ne vivent sous une latitude autre que celle des climats tempérés, et qu'ils ne soient anémiés par les chaleurs d'un pays tropical et l'alcoolisme chronique qui est leur complément habituel.

De ce fait, nous concevons que l'âge adulte, et à plus forte raison l'âge mur, aient des motifs assez sérieux de résistance moindre que l'impubère dont la vie est bien réglée, pour ainsi dire automatique.

Ainsi, plus nous avançons en âge, plus la résistance organique diminue. Aussi le vieillard, plus que tout autre, est-il une proie facile pour la syphilis, et l'évolution de celle-ci se fait chez lui dans un minimum de temps, avec des accidents sévères.

Dans les périodes précédentes de la vie le pouvoir phagocytaire s'exerçait bien ; chez lui il s'exerce mal, dès lors les barrières tombent d'elles-mêmes devant le virus syphilitique qui progresse dans un organisme sénile comme en pays conquis.

Il nous semble inutile d'insister sur les motifs qui expliquent la gravité de l'affection chez les vieillards. A tous ceux que nous avons cités plus haut en parlant de l'adolescence et de l'âge mûr (alcoolisme, tabagisme, surmenage, etc.), il convient d'ajouter la déchéance organique, la dégénérescence de certains tissus et la modification survenue dans la structure ganglionnaire.

C'était jusqu'à présent un fait universellement connu et admis que la syphilis contractée en bas âge ou dans la

jeunesse est moins préjudiciable pour l'avenir que celle contractée aux portes de l'âge mûr. Le fait en lui-même existait, mais manquait d'explications suffisantes. On se basait, bien entendu, sur l'état de santé du jeune homme contaminé pour lui prédire que, vu sa jeunesse et la continuation de son développement physique, il se tirerait à bon compte, mais avec des soins intelligents néanmoins, de l'affection qui, survenue plus tard, aurait pu compromettre ses jours.

Pourquoi cependant ne pas songer que, sur les confins presque du chancre, on voit le plus souvent se développer une adénopathie qui est manifestement en rapport avec lui.

Dès lors, dire adénopathie ou engorgement des ganglions, c'est penser à un état de choses anormal. Pourquoi cet engorgement ?

Est-ce que, comme l'a dit Ricord, le bubon est le compagnon obligé du chancre ? Mais alors, pourquoi cette obligation, est-ce que, du fait seul qu'on est syphilitique on doit avoir de l'adénopathie ? Il faudrait donc penser que l'infection s'est manifestée partout, et particulièrement dans le stroma ganglionnaire.

En somme, est-ce une infection ? Oui, c'est une infection, jusqu'à un certain degré, puisque le virus est en contact, est aux prises avec les leucocytes, mais c'est bien plutôt une *réaction* organique, une résistance réelle, un apport d'éléments de défense qui modifient pour un moment et le volume et la structure ganglionnaire. Plus tard, l'infection existera seule, si les globules blancs sont battus ; mais la fin de la résistance seule marquera réellement le début de l'infection proprement dite.

L'*adénopathie* dépend donc d'une manière absolument directe de la virulence importée dans l'organisme, et en même temps de l'état de santé de l'individu, de son âge et de la nature de l'accident.

Il est évident, par exemple, d'après ce que nous avons dit au sujet de la première étape lymphatique de l'infection, que l'engorgement ganglionnaire qui accompagne le chancre sera d'autant plus volumineux que la quantité de virus introduite aura été plus grande. De même, il nous semble naturel que la réaction ganglionnaire, chez un sujet jeune et bien constitué, soit plus vive s'il est contaminé par un syphilitique dont l'affection n'a jamais été traitée, que s'il est infecté par un autre, dont la vérole a été soumise à un traitement énergique.

Au moment de la période secondaire, il en est tout autrement qu'à la période d'évolution du chancre. A cette époque d'accidents nouveaux, les ganglions augmentent de volume de tous côtés, en admettant que leurs fonctions s'accomplissent bien, car la première étape lymphatique a empêché une partie, mais non la totalité du virus de passer dans l'organisme.

Par conséquent, il est bon de supposer, et l'observation le vérifie, que, plus les accidents secondaires sont bénins, plus la tuméfaction ganglionnaire doit être marquée. La raison en est que la phagocytose intense a empêché le virus de provoquer les accidents habituels et complets de la seconde période.

Quant à l'*adénopathie tertiaire*, il y a lieu, croyons-nous, de modifier un peu les idées en général admises à ce sujet.

Nous nous sommes quelque peu étendu sur les adéno-

pathies tertiaires superficielles et profondes, et nous avons la conviction que la majeure partie des auteurs qui ont abordé cette étude croient à une infection identique à celle de la période secondaire. Mais, la lecture des quelques mémoires, que nous avons indiqués, nous a vite donné une impression uniforme, c'est qu'il s'agit bien plus de *syphilis ganglionnaire* que d'accidents tertiaires de la syphilis avec *adénopathie* à proprement parler.

D'une façon générale, prononcer le nom d'adénopathie à une période de la syphilis, c'est évoquer l'idée du pouvoir phagocytaire dans un ou plusieurs ganglions.

Il ne nous est pas permis de supposer qu'il en soit ainsi en cette circonstance. Nous croyons tout naturel qu'un organisme qui a subi des attaques répétées au cours des deux premiers stades de la syphilis pendant plusieurs années de suite, est suffisamment débilité pour ne pas tenter une nouvelle lutte, ou du moins pour tenter seulement une lutte éphémère.

L'apparition des accidents tertiaires, la gravité de ces accidents sont les signes de l'impuissance de l'économie. Il en résulte que les modifications dans le système ganglionnaire, soit superficiel, soit profond, sont l'indice d'une *infection* et non pas d'une réaction qui, si elle existe, est insignifiante.

D'ailleurs, l'apparition de ces accidents, dans les cas de *syphilis héréditaire*, est une preuve de cette manière voir. Nous savons comme la syphilis frappe ses coups, en cette circonstance ; les accidents graves, gommes, perforations, ne font pas défaut. Le sujet, en général, est impuissant contre eux. Une preuve encore que son système ganglionnaire lui est seulement d'une utilité relative, c'est qu'on

rencontre des accidents secondaires en quantité moindre que les phénomènes graves.

Il n'y a donc pas lieu d'appeler « adénopathie tertiaire » ce qui, pour nous, ne mérite nullement le nom d'adénopathie, d'après le sens que nous donnons à ce mot, en évoquant le souvenir de la *phagocytose*.

En somme, beaucoup de maladies ont le privilège de provoquer les réactions ganglionnaires, il n'en est pas de comparable à la *syphilis*, car le type anatomique de l'infection lymphatique à réaction ganglionnaire est représenté par les adénopathies multirégionales.

Cela se comprend avec d'autant plus de facilité que la syphilis est une affection totale, générale, qui porte ses coups sur le corps entier, et dont la durée indéterminée ne permet pas de repos aux leucocytes de la défense.

Sans doute, le traitement prolongé, l'hygiène, diminuent la virulence de l'affection, mais le sujet ne peut jamais se dire indemne; jamais, par suite, son système lymphatique ne cessera d'être sur la défensive. En tout cas, les pléiades inguinales de l'accident primitif, au milieu desquelles se distingue par son volume le ganglion satellite, les adénopathies sous-occipitales, épitrochléennes, etc., de la période secondaire, ont des caractères cliniques de *multiplicité*, d'*induration*, de *motilité*, d'*indolence*, de *chronicité*, bien signalés, mais sur l'explication desquels on n'a guère insisté jusqu'à nos jours.

En appelant la théorie phagocytaire à notre aide, il nous semble qu'on peut tout au moins entrevoir le pourquoi de ces caractères de l'adénopathie à la période secondaire.

Et d'abord, pourquoi la *multiplicité* des ganglions à

ce moment? Mais, sans doute à cause de la diffusion du virus syphilitique, à cause de son action sur la peau et sur les muqueuses. A la première étape lymphatique, c'est-à-dire au moment de la contamination, les ganglions voisins du chancre étaient seuls en jeu, seuls ils ont résisté, mais malgré leurs efforts ils n'ont pu empêcher le passage du virus. Maintenant l'ennemi est dans la place, les phagocytes doivent donc se disséminer un peu partout, et fortifier les groupes ganglionnaires qui siègent aux points les plus importants de l'économie. Outre cela, la plus grande partie des ganglions prend part à la lutte pour diminuer le plus possible la durée de celle-ci et la violence de ses coups.

L'*Induration* est due à ce que, la syphilis étant une affection sévère, le plus grand nombre possible de globules blancs encombre le stroma ganglionnaire et modifie momentanément, par les phénomènes réactionnels, la constitution de son tissu. — D'autre part ce n'est pas, comme la chancrelle, une affection capable de provoquer de l'inflammation plus ou moins rapide, voilà pourquoi l'induration persiste.

La *motilité* tient à l'*induration* et à l'indolence. La syphilis est en effet une maladie de durée indéterminée, non inflammatoire, ne déterminant par suite jamais d'adhérence aux tissus voisins, aucune dégénérescence purulente avec mortification des tissus. Sitôt que le leucocyte est vainqueur ou vaincu, il disparaît du ganglion où l'appelait la défense.

La rétrocession se fait lentement, car les accidents évoluent d'une manière lente. Voilà pourquoi, sans doute, la tuméfaction ne cesse pas brusquement, et que l'indolence

persiste, tant qu'au germe de la syphilis ne vient pas se joindre un microbe étranger.

Cela nous explique en même temps la *chronicité* de l'engorgement.

Cette hypothèse de la réaction ganglionnaire que nous soumettons ici, nous la trouvons dans un article publié en 1894, dans un numéro de la *Semaine médicale*.

Dans cet article, M. Chauffard, parlant de l'infection en général, dit quelques mots de la résistance de l'économie contre l'envahissement du virus de la syphilis et il admet que « le ganglion lymphatique représente un véritable organe différencié, dans la série animale, pour la défense de l'économie contre l'infection. »

Sans effort on en arrive à penser qu'il existe un *rapport inverse entre l'intensité de la lésion locale, c'est-à-dire de la réaction ganglionnaire, et l'intensité de l'infection générale, c'est-à-dire le degré de virulence de celle-ci*.

Nous avons, par conséquent, le droit de supposer que, souvent les ganglions arrêtent les germes et l'infection. Mais celle-ci peut se cantonner dans les foyers ganglionnaires, qu'elle n'a pu dépasser, et déterminer une lésion infectieuse locale susceptible d'une évolution indépendante, soit immédiate, soit ultérieure.

De la sorte, ce que nous venons de dire donne une raison d'être à l'adénopathie syphilitique ; dès lors elle n'est pas seulement le compagnon des accidents spécifiques, mais elle a pour cause et raison le pouvoir phagocytaire des leucocytes au sein des ganglions.

Enfin, pour résumer en quelques lignes ce que nous avons énoncé dans les pages précédentes, nous pouvons

dire avec M. Chauffard que « le rôle des cellules de la lymphe est d'autant plus marqué que les organes lymphatiques sont plus développés et plus actifs, ce qui a lieu chez les sujets plus jeunes ; chez le vieillard, le ralentissement de l'activité lymphatique et l'atrophie du ganglion effacent le rôle des ganglions dans les infections séniles. »

CHAPITRE IV

Discussion et critique.

Cette pensée, qu'on pourrait peut-être tirer du volume des ganglions, aux diverses étapes de la syphilis, une notion pronostique, ne semble être venue qu'à un nombre très restreint de syphiligraphes. Quelques-uns y ont songé momentanément, mais sans formuler une conclusion; d'autres en ont tiré certaines déductions qui sont assez écartées de ce que nous croyons être la vérité.

En 1840, Baumès (*Mal. vénér.*, t. I. page 93 et suivantes) fait la distinction entre :

- 1° Bubons non suppurés
- 2° — suppurés simples
- 3° — — chancereux.

Il reconnaît que c'est à l'arrivée du virus syphilitique dans les ganglions lymphatiques que les bubons doivent être généralement attribués, et que la *réaction ganglionnaire* est sous l'impression du contact du virus selon les

idiosyncrasies, les dispositions actuelles, les tempéraments, la constitution.

Par malheur nous ne pouvons accorder à ce qu'il écrit à ce sujet qu'une foi médiocre ; pour lui, bubon est un terme un peu générique, et la syphilis n'a pas toujours la part qui lui reviendrait de droit. Il confond les engorgements chancrelleux et les engorgements chancreux en disant : « Il vaudrait mieux pour les malades que les engorgements ganglionnaires inguinaux parvenus à un volume assez considérable pour mériter le nom de bubons viennent à suppurer. »

S'il existe des inexactitudes dans les pages que nous venons de citer, il y a du moins un bon sens clinique remarquable qui a fait penser à Baumès que l'adénopathie, le bubon de l'époque, dépendait d'une réaction organique.

Plus loin, il ajoute : « J'ai vu rarement, et d'autres praticiens peuvent avoir vu comme moi, des ulcères syphilitiques primitifs ne pas s'accompagner de cet engorgement et être cependant suivis, pendant qu'ils existaient, de symptômes constitutionnels. »

Il parle aussi d'un individu dont les organes sont sains, qui contracte un chancre avec *engorgement ganglionnaire dans l'aîne* ; l'individu aurait guéri sans traitement et sans excès. La vérification est donc faite.

Nous sommes d'autant plus heureux d'avoir trouvé ces deux constatations dans son ouvrage, que Baumès notait ces particularités sans se rendre compte probablement de leur valeur. En effet, il n'essaie pas de supposer quoi que ce soit : le fait existe, il a vu des malades de la sorte, cela lui suffit. Il a cependant pensé à la possibilité

d'une réaction de l'organisme, comme nous l'avons indiqué plus haut.

Les travaux qui se succèdent, depuis cette époque jusqu'à nos jours, donnent facilement prise à la discussion et à la critique ; nous ne citerons au passage que quelques-uns d'entre eux.

En premier lieu, la thèse de Nayrand (1862). Dans ce travail très bien présenté, l'auteur considère « l'adénite syphilitique indolente, multiple, comme symptomatique du chancre infectant, elle est avec l'induration la première expression de l'infection générale ».

Nayrand croit en fin de compte que le chancre, ou plutôt l'exulcération où il doit se développer « sert de porte à la vérole, et l'adénopathie inguinale avec l'induration indiquent qu'elle s'est déjà emparée du domicile ».

Revenons rapidement sur ces quelques lignes. Est-il bien vrai que l'adénopathie est, avec l'induration du chancre, la première expression de l'infection générale ? Oui, si l'on veut bien, car, dire chancre syphilitique, c'est dire affection de durée indéterminée, mais de là à mettre en avant le nom d'infection générale, c'est peut-être bien un peu risqué. Il est vrai que Nayrand ne tient pas compte de la réaction ganglionnaire dont dépend l'infection ultérieure ; car, si cette réaction est vive, intense, à l'accident primitif, il y a de fortes chances pour que l'infection soit tellement affaiblie qu'elle ne reparaisse plus à l'avenir.

De même, pourquoi ajouter que « l'adénopathie inguinale avec l'induration du chancre indiquent que l'infection s'est déjà emparée du domicile ». Il nous semble plus plausible de supposer qu'elle *essaie de prendre domicile*, mais qu'elle n'y est pas encore arrivée. Quand une

bande d'émeutiers se répand à travers les rues d'une ville, est-elle pour cela maîtresse de la ville? Oui, si la ville n'est pas défendue, s'ils ont affaire à des habitants pusillanimes qui les laissent agir en maîtres. Mais qu'une troupe forte, aguerrie et résolue arrive et offre franchement la bataille, et le droit de domicile auquel songeaient les envahisseurs n'aura été qu'une illusion.

Ainsi en est-il de l'infection syphilitique. L'adénopathie primitive indique le début de la lutte, et non comme dit Nayrand, la prise de possession définitive. Son infection brûle les étapes, ne s'arrête pas suffisamment en route, il a l'air, dans sa description, d'avoir seulement en vue des êtres débilités, et non des sujets solides et tout disposés à la résistance.

Dans sa thèse inaugurale, *Viancin* étudiait à son tour les adénopathies dans la syphilis (*Remarques sur le bubon*, Strasbourg, 1869). Son étude de l'adénopathie syphilitique est assez longue, mais il n'essaie pas de tirer une conclusion dans le sens de la gravité de l'affection, suivant que l'engorgement du ganglion est volumineux ou léger. Il se borne à faire le diagnostic avec l'adénite chronique, l'hypertrophie ganglionnaire : son ouvrage prête peu le flanc à notre critique.

Dans ce même ordre d'idées, nombre d'auteurs, Hunter (1852), Melchior Robert (1861), Diday et Dayon (1876), ont considéré l'adénopathie comme un prolongement de la lésion primitive, et comme un moyen de diagnostic pour la nature du chancre.

En 1879, Jullien écrivait que l'adénite doit être considérée non comme une complication, mais comme un acci-

dent nécessaire du chancre syphilitique. La statistique suivante est la preuve de cette assertion.

	Chancres Syphilitiques		Chancres Syphilitiques exempts d'adénite.
Bassereau sur un total de.	380	a vu.	25
Fournier (hommes). . .	265	—	5
Fournier (femmes). . .	223	—	3
Turati.	493	—	4
	1361		37

Jullien attribue ce fait de non constatation des ganglions à l'état strumeux du malade dont les ganglions étaient déjà hypertrophiés lors de l'apparition du chancre, ou à sa corpulence qui met obstacle à l'exploration des glandes, très peu développées chez les sujets gras.

Le tableau ci-dessus nous montre combien est rare le manque absolu d'adénopathie. Il eût été intéressant que les auteurs qui ont constaté et relaté cet état de choses aient donné un compte rendu complet de leur examen, ils auraient dû nous indiquer, par exemple, la gravité des accidents qui coïncidaient avec cette particularité.

C'est malheureusement tout ce que nous avons trouvé, et nous le regrettons d'autant plus que, sur aucun des malades que nous avons observés, nous n'avons pu constater l'absence complète d'adénopathie, malgré la présence de syphilides parfois assez malignes.

Quant à établir comme règle absolue, ainsi que l'a fait Ricord, un rapport inverse entre le développement du tissu adipeux et du système ganglionnaire, cela est exact dans la majeure partie des cas, mais non toujours cependant. Nous avons palpé avec soin les aines d'un grand nombre

de syphilitiques, et il ne nous a pas paru qu'on pût se retrancher *a priori* derrière cette idée. Chez les sujets gras, nous croyons seulement que les ganglions sont plus difficiles à constater, mais que leur volume dépend, comme chez les autres individus, essentiellement de l'intensité de la réaction.

D'autre part, on s'est souvent contenté de rechercher la présence des ganglions inguinaux pour établir le diagnostic du chancre, sans s'inquiéter des ganglions des autres parties du corps. Or, il ne faut pas se contenter de porter les extrémités digitales dans l'aîne ou à l'épitrochlée et se satisfaire de cette exploration rapide; il faut faire, en quelque sorte, le dépouillement pièce à pièce de l'économie, noter les zones où l'engorgement existe et tirer une conclusion. C'est particulièrement à la période secondaire que cette investigation doit être lente, attentive et méthodique. Le propre des accidents de cette période est de paraître de tous les côtés, le système ganglionnaire en entier est donc exposé à réagir : c'est, par conséquent, le cas de rechercher les ganglions partout où il est permis de soupçonner leur existence.

Nous avons trouvé, dans divers auteurs, qu'à la première période de la syphilis, les ganglions de *l'aîne en général* ne dépassent pas le volume d'une petite noisette (Fournier). Mais en se rappelant ce que nous avons dit et redit déjà sur la valeur de la première étape lymphatique de l'infection, on est obligé d'admettre qu'il n'y a rien de fixe ni d'absolu en ce cas non plus. Les ganglions seront du volume d'une noisette si la réaction est peu marquée, ils seront au contraire du volume d'une noix si le sujet résiste très bien.

Et cette idée de la résistance nous amène à nous demander s'il n'existe pas certaines affections propres à déterminer dans les ganglions un stade d'engorgement capable de modifier l'évolution de la syphilis, si le virus tombe sur ce terrain.

Fournier déjà s'était posé la question de savoir si le nombre de globules blancs n'est pas augmenté, de façon à effectuer une leucocytose passagère.

Nous avons eu la bonne fortune de suivre, plusieurs semaines, un malade atteint d'*adénie*, en outre syphilitique, qui se trouvait en traitement dans le service de M. le professeur Bard, à l'hôpital Saint-Pothin.

Voici d'ailleurs l'observation telle qu'elle nous a été communiquée par notre collègue et ami Frarier, interne du service.

L..., quarante-trois ans, journalier. Entré le 28 janvier 1895, salle Saint-Pierre, n° 18.

Adénie. — Père bien portant, mère morte d'affection indéterminée à soixante dix-huit ans. Dix frères ou sœurs, dont huit morts en bas âge. Deux en bonne santé.

Sa femme se porte bien et n'a jamais eu de fausse couche. Deux enfants, dont l'un est mort à trente-trois jours, d'affection indéterminée.

Le malade a toujours été robuste et n'a jamais eu de maladie sérieuse auparavant.

Il y a cinq ans (novembre 1889) il a contracté la blennorragie et la syphilis, pour lesquelles il a fait deux séjours consécutifs dans le service de M. le professeur Gailleton.

Il a eu comme accident primitif plusieurs chancres siégeant sur le limbe préputial, et qui l'empêchaient de découvrir le gland.

Pas de roséole; il n'a eu qu'une seule plaque muqueuse

cautérisée au nitrate acide de mercure et qui a duré *huit jours*.

Dès sa première sortie de l'Antiquaille, le malade s'est aperçu de l'apparition de ganglions. Le premier en date se trouvait dans la région sous-maxillaire gauche ; d'abord du volume d'un haricot, il augmenta ensuite peu à peu. Survinrent après cela des ganglions inguinaux des deux côtés, puis dans les régions sous-maxillaire droite et axillaire, des deux côtés.

Depuis deux ans et demi, il ne croit pas qu'il en soit survenu de nouveau.

Les ganglions, d'abord tous de faible volume, ont augmenté peu à peu, et leur augmentation a été progressive jusqu'à l'entrée à l'hôpital. Il n'éprouvait d'ailleurs aucun phénomène spécial. Depuis le mois de juin dernier, il a remarqué qu'il devenait pâle, sans faiblesse.

A son entrée, on constate, dans toutes les régions où siègent des ganglions, des tumeurs multiples, constituées par ces ganglions hypertrophiés et indolores. Ils sont très volumineux, surtout dans les régions inguinales, axillaires, et sous-maxillaires. Ils y atteignent le volume d'une grosse noix ; les autres ont toutes les dimensions intermédiaires entre celle-ci et celle d'un haricot.

Il existe même des ganglions intercostaux, mais on ne constate pas de ganglions épitrochléens. L'état de l'abdomen ne permet pas l'exploration des ganglions mésentériques. Deux ganglions de faible volume dans le creux sus-claviculaire.

L'abdomen est distendu et dur.

7 mars. — La tension de l'abdomen a beaucoup diminué, bien qu'il reste toujours volumineux. Depuis quelques jours déjà, elle permet de percevoir à la palpation des masses indurées, profondes, très bosselées, constituées par des paquets ganglionnaires.

Ces masses occupent surtout les régions latérales de l'ombilic, où elles forment de chaque côté un bloc volumineux, dont on ne perçoit que la surface ; celui de droite est un peu plus gros. Des deux côtés, au-dessus des arcades de Fallope, on perçoit des ganglions lombaires qui font suite au paquet inguinal ; ce dernier s'étend dans presque tout le triangle de Scarpa.

La masse axillaire droite est un peu plus volumineuse que la

masse axillaire gauche, et il existe de ce côté de petits ganglions sur la paroi costale, qui descendent jusque vers le 8^e espace sur la ligne axillaire, tandis qu'il n'en existe pas à gauche.

Les ganglions cervicaux s'étendent en arrière jusqu'au bord du trapèze, et se rejoignent au-dessous du menton sur la ligne médiane. Un chapelet ganglionnaire volumineux plonge dans le creux sous-claviculaire.

9. mars. — L'examen du sang permet de constater une valeur colorimétrique d'environ 8 pour 100 d'hémoglobine.

Les globules rouges sont au nombre de 3.800.000 à 3.900.000. Les globules blancs, comptés simplement avec les rouges, sont un peu augmentés de nombre, 1200 environ. Les globulins sont nombreux.

On nous objectera sans doute au sujet de cette observation que les phénomènes, survenus du côté des ganglions, ne coïncident pas exactement avec l'apparition de la syphilis. A cela nous répondrons que rien ne prouve qu'il n'y ait pas eu, dès le début, une réaction quelconque, passée inaperçue du malade. Nous avons recherché inutilement l'observation qui aurait dû se trouver à la clinique de l'Antiquaille, et qui nous aurait été très précieuse en nous indiquant le volume et le nombre des ganglions lors de l'existence du chancre, et lors de l'apparition de l'unique plaque muqueuse qui ait été constatée.

D'ailleurs, l'engorgement ganglionnaire a été retardé de quelques jours, il a persisté davantage qu'il n'est coutume, et le sujet a par conséquent gagné en durée ce qu'il aurait perdu dans la précocité du début.

Nous ne pensons pas qu'on puisse faire d'autre remarque au sujet de ce malade.

Il est une autre objection que nous aurions voulu élever ou

dre : Ricord et Fournier admettent que le *chancre phagédénique* n'exerce aucun retentissement ganglionnaire. Cette manière de voir est logique, car elle découle de ce fait que les ganglions, voisins d'un pareil chancre, sont en quelque sorte une puissance annihilée du fait d'une syphilis exceptionnellement grave. Il est regrettable que nous n'ayons pu examiner aucun malade ainsi atteint.

Et maintenant, si nous nous demandons pourquoi l'adénopathie paraît dans le *premier* ou le *second septénaire* du chancre, nous en arrivons encore à dire que l'organisme réagit de suite, le plus tôt possible, pour échapper aux inconvénients ultérieurs.

Par conséquent, il nous semble absolument illogique, comme conséquence thérapeutique, de vouloir juguler la syphilis à la période du chancre en enlevant les ganglions qui correspondent à celui-ci, ou en sectionnant les lymphatiques qui y aboutissent.

En se plaçant à notre point de vue, c'est un véritable contre-sens que d'agir de la sorte. En effet, si on supprime les ganglions, le virus n'en continuera pas moins son chemin, et l'individu ne retirera de cette intervention d'autre bénéfice que d'avoir ses moyens de résistance supprimés totalement ou en partie.

La *section des lymphatiques* serait plus rationnelle si on était sûr de les trouver tous : mais on n'est jamais certain de ne pas en laisser quelques-uns intacts ; le travail en est donc incomplet, et de plus, l'acte opératoire est loin d'être bénin.

Il vaut donc mieux laisser en paix les organes lymphatiques, car de leur intégrité dépend une résistance plus

acharnée, et de cette résistance résultera peut-être la victoire.

Dans son chapitre sur l'adénopathie secondaire, Fournier dit que, si l'engorgement ganglionnaire est fatal à la première période, il n'en est plus de même à la période secondaire où il est seulement éventuel. Nous ne pensons pas cela, et, conformément à notre théorie, nous croyons que l'apparition, la conséquence et le volume de l'adénopathie dépendent purement et simplement de la puissance du virus de la syphilis et de la résistance de l'être contaminé.

Diday (*la Pratique des maladies vénériennes*, p. 426 et suivantes), semble se rapprocher de notre manière de voir quand il dit que « la gravité, la durée des prodromes, leur existence même, tient à l'impressionnabilité, à la constitution spéciale de l'individu, plus qu'au degré de force de l'intoxication spéciale qu'il subit ».

Plus loin il ajoute que, dès la première éclosion, doit inspirer des inquiétudes sur sa gravité un « syphilitique chez lequel le chapelet des engorgements ganglionnaires cervicaux, mastoïdiens est plus nombreux, plus volumineux, plus dur, persiste plus longtemps que d'habitude ».

De même, une syphilis qui frappe « un sujet affaibli, mal constitué, *lymphatique*, relevant d'une affection dyscrasique, pauvre, imparfaitement nourri, exposé au froid humide, etc. ».

Dans la communication de M. le professeur Augagneur à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie du 14 février 1895, nous voyons que le lymphatisme y est compris d'une tout autre manière. « J'ai suivi, dit-il, deux étudiants atteints de syphilis grave dès le début. L'un

d'eux présenta, à la suite d'une piqûre anatomique, des accidents septicémiques suivis d'adénopathie volumineuse; l'autre eut, à la suite de *manifestations tuberculeuses* une adénopathie généralisée, de durée fort longue. Depuis ces accidents, aucune manifestation syphilitique ne s'est montrée ni chez l'un, ni chez l'autre. »

Alléguer, comme Diday, que la syphilis sera grave chez tout individu joueur, surmené, c'est fournir un lieu commun. On peut en dire tout autant de n'importe quelle affection sévère; il est bien certain que nous ne sommes pas égaux devant la maladie. De deux hommes de même âge qui seront frappés par une pneumonie, par exemple, il est naturel que le premier, sous le coup d'une misère physiologique avérée, soit plus en danger que le second, qui jouit de tout le confortable de la vie et n'a jamais manqué de rien.

Quant à incriminer le lymphatisme, à le rendre responsable de la gravité de la syphilis, il n'y faut pas songer; au contraire, comme nous le voyons dans les quelques phrases de M. le professeur Augagneur, ci-dessus énoncées, le développement, même pathologique des ganglions, est une cause de bénignité pour les accidents ultérieurs.

Dans le courant de cette année, M. Finger, professeur à l'Université de Vienne, a fait paraître un volume sur *la Syphilis et les maladies vénériennes*.

Nous avons lu ce qui a trait à la syphilis, et nous y avons rencontré certaines idées qui cadrent assez bien avec la théorie phagocytaire, tandis que d'autres y sont diamétralement opposées.

Page 38, nous lisons : « Excepté les cas rares où, par

infection directe, le virus pénètre dans le sang, il est hors de doute que la pénétration du virus dans l'organisme se fait par étapes, et qu'elle est ralentie dans sa marche par les phénomènes locaux qui entravent temporairement la dispersion du virus. »

A la page 41, il essaie d'expliquer comment se fait la diffusion du virus syphilitique.

« Le virus traverse les vaisseaux lymphatiques pour arriver jusqu'aux ganglions lymphatiques : lorsque l'infection a eu lieu aux organes génitaux le virus pénètre aussitôt jusqu'aux ganglions inguinaux. Arrivé dans les ganglions, le virus y trouve un *terrain propice* à son développement, une partie de ce virus y reste, une autre partie en est chassée, pour aller plus loin. Cette partie du virus qui s'est établie dans le ganglion y produit des transformations semblables aux indurations existant dans les lésions primitives.

« Certaines parties du virus, qui s'est multiplié dans les ganglions inguinaux, pénètrent dans la circulation lymphatique, arrivent par conséquent dans les ganglions situés plus haut, dans les ganglions iliaques, et infectant directement le sang après avoir passé dans le canal thoracique ; comme le courant du sang est très rapide, le virus se répand très vite et se dilue en peu de temps ; mais chaque ondée lymphatique apporte du canal thoracique une certaine quantité de virus, et de cette façon le virus se concentre bientôt dans le sang. Ce sang contenant du virus gagne rapidement les ganglions lymphatiques éloignés, jusqu'alors intacts, c'est-à-dire les ganglions axillaires et cervicaux. Le sang y est filtré, y perd son virus qui trouve dans tous les ganglions de nouveaux terrains

de culture, dans lesquels il se multiplie pendant que les ganglions se sclérosent.

Grâce à cette multiplication en progression géométrique du virus dans les ganglions, le sang se sature de plus en plus, jusqu'au moment où apparaissent les symptômes de la période secondaire qui peuvent être considérés comme les phénomènes de saturation complète. »

Cette théorie pour expliquer la diffusion du virus est séduisante au premier abord, mais elle nous paraît moins apte, que celle que nous avons émise tout au long de cet ouvrage, à donner une interprétation exacte des faits.

Si nous admettons les données de Finger, nous sommes forcément amenés à considérer les ganglions comme des terrains de culture; lui-même dit d'ailleurs que le virus trouve dans les ganglions un terrain propice.

Or, en songeant aux *étapes lymphatiques de l'infection*, nous sommes bien mieux porté à admettre que, si les ganglions sont volumineux, la syphilis doit être bénigne, et inversement.

Cela n'empêche pas de trouver juste la seconde partie de son hypothèse, que les symptômes de la période secondaire peuvent être considérés comme les phénomènes de la saturation complète.

Car, si la résistance ganglionnaire n'a pas été suffisante, le virus acquiert droit de domicile, la seconde période se manifeste; mais là encore, de la quantité de virus passée dans l'organisme dépend la gravité des accidents nouveaux et en même temps, de la résistance secondaire plus ou moins généralisée.

D'ailleurs, cette façon de voir les choses amène Finger à tirer des conclusions qui diffèrent totalement de celles

que nous donnerons plus loin, et qui résultent de l'examen d'un certain nombre de malades.

A la page 207 de son ouvrage, cet auteur se demande si nous avons des points de repère, et lesquels, pour reconnaître, à la marche de la maladie, si la forme de la syphilis est plus sérieuse dans un cas que dans l'autre, si des symptômes graves sont à prévoir à brève échéance?

Et il ajoute : « La période primitive ne nous donne aucun renseignement pronostique de ce genre. Nous ne pouvons tirer aucune conclusion de la gravité de l'accident initial, de son volume et de sa dureté, pas même de ses complications, telles que le phagédénisme et la gangrène. L'engorgement ganglionnaire donne des points de repère plus importants pour le pronostic. On peut dire que, toutes choses égales d'ailleurs, un léger engorgement des ganglions permettra de prévoir une marche plus favorable, une tuméfaction considérable, généralisée ou pâteuse des ganglions voisins de l'accident initial sera l'indice d'une évolution plus grave. »

Or, nous avons observé exactement le contraire. Les malades que nous avons étudiés ont été pris au hasard, soit dans le service de M. le professeur Augagneur, soit à la Clinique de l'Antiquaille, et nous avons eu la facilité de nous convaincre que la région correspondant à des ganglions volumineux était moins atteinte qu'une autre où les ganglions étaient petits. Bien plus, on verra dans quelques-unes de nos observations que, chez un même sujet, un point du corps est à peu près indemne avec de gros ganglions, tandis qu'un point éloigné de celui-ci offre un tout autre aspect avec une modification ganglionnaire tout autre.

Et d'ailleurs, si l'idée de Finger était exacte, elle serait facilement vérifiable. La gravité de la syphilis, a-t-il dit, est en raison directe de l'engorgement ganglionnaire : à syphilis bénigne correspond une tuméfaction ganglionnaire minime. Ce serait donc le cas chez les vieillards où les ganglions sont petits, durs, sclérosés. Par suite, avec un système ganglionnaire pareil, ils devraient avoir des accidents bénins, et au contraire, quand les accidents sont sévères les ganglions devraient être énormes. Or, c'est précisément le contraire. Ainsi, l'hypothèse de Finger s'écarte complètement de l'observation et de l'hypothèse basée sur la phagocytose.

Nous pourrions trouver encore des sujets de discussion, mais nous croyons devoir nous en tenir là. La théorie phagocytaire, avec les étapes lymphatiques de l'infection nous paraît expliquer suffisamment l'envahissement de la syphilis, et résoudre les objections qui se présenteraient encore.

Quant aux impubères, on sait d'une façon générale, depuis la thèse de Fouruié (Lyon, 1892), que la syphilis acquise est infiniment moins grave chez eux que la syphilis héréditaire.

D'autre part, les accidents graves de la syphilis acquise, particulièrement la syphilis cérébrale, et les accidents tertiaires sont rares chez les impubères. Le plus souvent l'état général est à peine atteint.

Nous comprenons aisément que la syphilis acquise, chez l'impubère, soit moins grave que la syphilis héréditaire, car dans le premier cas il réagit avec ses ganglions.

Au contraire, on voit quelquefois chez les enfants des épidémies de syphilis grave. En ce cas, il faut remar-

quer que l'inoculation a été faite profondément, avec hémorragie. Le virus a été introduit *directement dans le sang*, comme cela se passe pour la syphilis héréditaire, Par suite, la pénétration du virus se faisant par la voie sanguine, la barrière phagocytaire du ganglion ne peut exercer son action.

L'*adulte* réagit bien aussi, mais les soucis, le surmenage et le reste ont influé sur lui, aussi n'est-il plus aussi résistant. Voilà pourquoi, comme nous le trouvons encore dans la thèse de Fournié, « dans les mêmes conditions d'hygiène et de milieu, toutes choses égales d'ailleurs, un impubère atteint de syphilis acquise, sera plus vite et plus radicalement guéri qu'un adulte ».

Quant aux *vieillards*, il ne fait de doute pour personne qu'avec le système ganglionnaire atrophie et sclérosé qui est leur apanage, ils aient en général des manifestations très graves.

Voilà donc les considérations auxquelles nous a conduit l'étude de l'adénopathie dans la syphilis. Dans le chapitre suivant, nous publierons les observations en trois groupes :

I. Syphilis bénigne, avec gros ganglions.

II. Syphilis de moyenne intensité, avec ganglions assez volumineux. C'est là le cas des jeunes gens déjà surmenés, de ceux qu'une tare quelconque empêche de recueillir tous les avantages de la réaction ganglionnaire.

III. Syphilis grave avec petits ganglions. Nous aurions vivement désiré trouver les deux extrêmes : ganglions très volumineux, avec absence totale d'accidents, et absence totale de ganglions avec syphilis intense. Ces deux bouts de la chaîne nous manquent. Mais nous avons vu plus haut que l'absence de ganglions est extrêmement rare,

il n'y a donc rien de surprenant à ce que nous ne l'ayons pas constatée.

Enfin, on nous reprochera peut-être que nos observations ne portent pas sur plusieurs années de la vie de nos maades ; nous aurions voulu nous-même avoir cette satisfaction, mais nous nous en sommes rapporté à l'autorité de M. le professeur Augagneur. Nous nous sommes donc borné à étudier la résistance ganglionnaire pendant et un peu après les accidents. Nous avons toujours vu les ganglions rester gros après la disparition de ceux-là ; ils avaient participé à la lutte, il semble qu'ils essaient encore de parer aux éventualités de la retraite.

CHAPITRE V

Observations.

Première série. — Syphilis bénigne.

OBSERVATION I

(In th. de Guilleret : obs. LXXIV.)

Syphilis : Chancres mixtes en janvier-février 1890. — En fin février : céphalées et insomnie. — En mai : adénopathies généralisées énormes ; aucune éruption cutanée. — En juillet : angine spécifique. Épididymite bilatérale (tête) avec légère hydrocèle à gauche. Hernie inguinale gauche. Traitement mercuriel.

M... dix-sept ans, garçon boucher : entre à la clinique de l'Antiquaille, le 3 juillet 1890. Il présente à son entrée les symptômes suivants :

1° Des adénopathies généralisées, très volumineuses, qui attirent immédiatement l'attention. Elles siègent au cou (régions sous-maxillaires des deux côtés, cervico-occipitale) ; le groupe sus-hyoïdien médian et latéral gauche est pris et prêt à suppurer.

(Applications intempestives, ces derniers jours, d'emplâtres plus ou moins propres et irritants); à la région sus-claviculaire des deux côtés, à la région mastoïdienne gauche; à la région occipitale. Ces ganglions sont, dans chaque région, nombreux, gros, durs, indolents, mobiles.

Dans la région axillaire, des deux côtés, toute la chaîne ganglionnaire et lymphatique se dessine sous le doigt dans toute l'étendue de la région et jusque sur la paroi thoracique latérale; cordon et ganglions durs, mobiles, indolents. Ganglions épitrochléens, avec lymphite épitrochléenne, des deux côtés. Chaîne ganglionnaire biinguinale très développée également.

2° *Bouche*. — Piliers et amygdales déchiquetés, blanchâtres; un peu de dysphagie. Rien sur la langue ni sur les lèvres. Pas d'alopécie, ni de croûtes dans les cheveux. Pas d'éruption sur le corps qu'un aspect tigré de la peau, maculeux (sigillations) sur le tronc et le cou. Rien aux mains ni aux pieds.

3° Sur la verge, ulcération un peu dure, superficielle, de la dimension d'une pièce de 50 centimes, occupant le gland, près du méat. Deux ou trois autres érosions circulaires très bien délimitées sur le fourreau. Hernie inguinale gauche facilement réductible. Dans la *bourse droite*, on délimite très nettement le testicule l'épididyme, le cordon, pas d'épanchement; pas d'adhérences; mais on sent, au lieu et place de *la tête de l'épididyme*, un petit noyau de la grosseur d'un beau pois très dur, très légèrement bosselé, un peu douloureux au palper, mobile, isolable du testicule, et faisant suite au corps de l'épididyme dont le corps et la queue sont absolument normaux.

Dans la *bourse gauche*, rien du côté du testicule; léger épanchement transparent dans la vaginale. Dans l'épididyme gauche, on sent, au niveau de la tête, un noyau plus petit que celui de droite, mais comme lui, dur, mobile, isolable du testicule, indolent et faisant nettement partie de l'épididyme dans l'extrémité supérieure duquel il semble comme enchâssé.

Pas d'écoulement urétral.

Etat général bon: garçon solidement charpenté; un peu de pâleur.

Renseignements : Santé toujours très bonne. Pas d'adénites dans l'enfance; pas de rhinite, ni de maladie des yeux à cette époque. Jamais de chaude-pisse ou autre maladie vénérienne. Il n'a jamais fait une heure de maladie jusqu'à cette année.

Le 25 janvier 1890, il est entré à la Clinique pour des ulcérations multiples de la verge, ayant paru depuis un mois et demi à cette époque. A son entrée, on avait constaté dix-sept ulcérations. Il est sorti le 18 février : A cette date, la plupart de ces ulcérations étaient guéries; une ou deux seulement persistaient encore au voisinage du filet.

Il n'avait présenté durant le séjour, et ne présentait à sa sortie ni éruption cutanée, ni adénopathie.

Les derniers jours de février, c'est-à-dire presque immédiatement après sa sortie, il a souffert de violents maux de tête durant quinze jours; ces maux de tête étaient continus, pas plus violents la nuit. Insomnie. Pas de fièvre. Il ne s'est aperçu d'aucune éruption à ce moment-là, et a continué sans interruption son travail.

Il y a deux mois (c'est-à-dire en mai) il s'aperçut du développement de ganglions dans la région sus-hyoïdienne médiane et latérale gauche : Il alla consulter un médecin qui lui prescrivit une pommade noire (onguent mercuriel) étendue sur des cataplasmes. Aucun des ganglions envahis ne s'est abcédé. Mais bientôt apparurent, dans un laps de temps très court, d'autres adénopathies dans toutes les régions du cou, dans les aines, dans les aisselles, etc.

A la même époque, c'est-à-dire il y a deux mois environ, s'est développée l'ulcération que l'on voit actuellement sur le gland, près du méat. Le malade affirme n'avoir pas vu de femme depuis sa sortie.

Pas d'hypertrophie du foie ni de la rate. Il nie l'acoolisme.

Traitement mercuriel. Bains sulfureux.

Le malade a voulu sortir le 11 juillet : A cette date le noyau épидidymaire gauche est plus volumineux qu'à l'entrée du malade : on y sent très nettement, comme du côté droit, de petites masses indurées, en cercles concentriques. Rien aux testicules, ni aux cordons, ni à la vaginale. Indolence absolue.

Il n'a pas été revu.

OBSERVATION II

Chancre syphilitique. — Syphilis secondaire

P... vingt-cinq ans, cuisinier, entré le 14 février 1895, salle Saint-Bonaventure, numéro 104.

Un peu d'alcoolisme; pas d'impaludisme.

Le chancre qui a paru fin janvier, sur le prépuce, est de la dimension d'une pièce de 50 centimes; il existe une petite ulcération centrale; les bords sont décollés.

Roséole composée de quelques papules disséminées sur le tronc.

Pas de plaques muqueuses.

Ganglions inguinaux : dans l'aîne droite, un du volume d'une noix; dans l'aîne gauche, plusieurs du volume d'une noisette.

Pas de ganglions ailleurs, sauf au sous-maxillaire, à droite.

20 février. — Le malade sort sans aucun accident, l'état général est bon.

OBSERVATION III

Chancre syphilitique du gland.

V..., trente-trois ans, voiturier. Entré le 19 février 1895, salle Saint-Paul, n° 63.

Alcoolisme très marqué il y a six ans; il buvait beaucoup à cette époque (vin, alcool, absinthe), depuis il dit boire moins, et ne pas faire d'excès.

Paludisme léger, il y a vingt ans.

L'apparition du chancre remonte au 15 janvier, il survint un mois et demi après le coït. Il siège sur la face dorsale du gland, est elliptique, à grand axe antéro-postérieur; il a 3 centimètres et demi sur 2. Petit, au début, il s'est agrandi peu à peu, donnant issue à un liquide sanieux. Il n'est pas encore guéri, mais en voie de réparation.

Depuis quinze jours, vers le 4 de ce mois, les ganglions ont été constatés par le malade. Aujourd'hui, on trouve une pléiade très accusée dans les deux aines. Dans l'aine droite, un chapelet de cinq ganglions plus volumineux qu'une grosse noisette ; à gauche, un gros ganglion (noix) ; plusieurs de petit volume.

Ganglions épitrochléens de chaque côté (noisette).

Pas de mastoïdiens, ni de sous-maxillaires, ni poplités, ni de la nuque.

Pas de roséole.

Pas de plaques muqueuses.

Le pharynx est un peu rouge, ainsi que les piliers et le voile.

Les céphalées n'ont été violentes que deux ou trois fois le soir ; il n'a jamais rien d'habitude.

Ni dysphagie, ni dysphonie.

20 mars. — Le chancre tend de plus en plus à disparaître.

Dans l'aine droite, un ganglion du volume d'une noix, quatre autres du volume d'une amande ; à gauche, quatre (petites amandes). Ceux de l'épitrochlée persistent. Rien ailleurs.

Roséole depuis quinze jours, de nature papuleuse, répandue sur tout le corps, sauf sur la face.

Pas de plaques muqueuses, pas de céphalées.

20 avril. — La roséole a presque complètement disparu.

30 mai. — Le malade sort en bonne santé.

OBSERVATION IV

Chancre induré du prépuce (face muqueuse).

P..., vingt-quatre ans, garçon boulanger. Entré le 2 mars 1895, salle Saint-Camille, n° 21.

Une blennorrhagie antérieure. Boit 3 litres et demi de vin par jour, pas de liqueurs.

Chancre depuis trois semaines, sur la face muqueuse du prépuce, large comme une pièce d'un franc, situé sur une masse indurée surélevée en plateau.

Un peu de balanite consécutive, avec quelques érosions. Pléiade ganglionnaire bi-inguinale; de chaque côté, deux ganglions gros comme des amandes, et plusieurs autres, petits, tous durs, indolents, roulant sous le doigt. Pas de ganglions ailleurs.

Pas de roséole, pas de plaques muqueuses.

Le malade est solide, bien bâti; aucun phénomène général secondaire, pas de fatigue.

Pas d'amaigrissement, pas de fièvre, pas de chute des cheveux, pas de céphalées.

19 mars. — Depuis deux ou trois jours, perte de l'appétit, douleurs dans les hanches et dans les jambes. Un peu de faiblesse.

2 avril. — Angine secondaire légère.

4 avril. — Pas d'éruption, ni de plaques muqueuses. Le malade sort sur sa demande.

OBSERVATION V

Chancre syphilitique de la cuisse.

P..., vingt-sept ans, manœuvre. Entré le 3 mars 1895, salle Saint-Bonaventure, n° 103.

Bon état général.

Blennorragie il y a deux ans. Un chancre simple au milieu d'octobre 1894.

Ni alcoolisme, ni paludisme.

Il y a trois semaines, apparition d'un chancre induré sur la face antérieure de la cuisse, de la dimension d'une pièce de 2 francs.

Deux ganglions volumineux dans l'aîne droite.

Il y a encore dans cette aîne, plusieurs ganglions de petit volume. A l'angle de la mâchoire et à la nuque, il en existe de petits.

20 mars. — Le chancre a subi peu de modifications. Les ganglions de l'aîne droite sont au nombre de quatre : trois du volume d'un haricot, un du volume d'une amande.

Dans l'aîne gauche, à la nuque, à la mâchoire, un ganglion (haricot).

Roséole depuis dix jours, constituée par de larges macules disséminées, mais espacées et discrètes. Rien à la face.

Pas de plaques muqueuses.

Céphalées fréquentes le soir.

15 avril. — La roséole paraît à peine.

26 avril. — Sorti sans accident.

OBSERVATION VI

Chancre syphilitique. — Roséole.

D..., dix-sept ans, cordonnier. Entré le 5 mars 1895, salle Saint-Paul, n° 69.

Bon état général. Ni alcoolisme, ni paludisme. Blennorrhagie en 1893.

L'apparition du chancre remonte aux premiers jours de février, il survint vingt jours après le coït.

Actuellement, on constate l'existence du chancre sur le fourreau de la verge, c'est une large ulcération de 3 centimètres de long, sur 2 de large, à fond rouge sombre, à bords anfractueux, qui révèle, à la palpation, une induration parcheminée.

Dans l'aîne gauche, six ganglions (noisettes), un seul de la dimension d'une amande.

Dans l'aîne droite, un ganglion volumineux (noix), cinq au niveau de la partie inférieure du triangle de Scarpa.

Un ganglion sous-maxillaire de chaque côté (noisette). Rien ailleurs.

Roséole maculeuse sur le thorax, l'abdomen et les membres, dont il n'a pas constaté l'apparition.

Rien à la face. Pas d'alopécie, pas de céphalées, pas de dysphonie, pas de dysphagie.

20 mars. — Le chancre va mieux, il est en voie de disparition. Les ganglions de l'aîne gauche ont disparu ; ils sont seulement du volume d'un pois.

A droite, un autre, volume d'une amande.

A l'épitrachée, un de chaque côté.

A la nuque, un à gauche (amande).

A la région sous-maxillaire, un à droite (amande), un à gauche (noisette).

Rien ailleurs.

La roséole a beaucoup diminué, la teinte est moins vive. —

Rien à la face.

Pas de céphalée, pas de dysphonie, pas de dysphagie, pas de plaques muqueuses.

L'état général est bon ; bon appétit.

24 mars. — Le malade sort bien portant, la roséole est à peine apparente.

OBSERVATION VII

*Chancre syphilitique du prépuce (face interne). — Roséole. —
Blennorrhagie.*

L..., guimpier. Entré le 13 mars 1895, salle Sainte-Camille, numéro 24.

Pas de blennorrhagie antérieure, pas d'alcoolisme, pas d'impudisme.

Fin décembre, le malade eut une blennorrhagie aiguë qui dure encore. En même temps, il vit apparaître, vers l'extérieur du prépuce, une croûte sous laquelle était une petite ulcération qui persiste encore, de la largeur d'une lentille, indolente, très arrondie, à fond plat, peu profonde, rougeâtre ; pas de bourrelet. L'induration est peu marquée ; la lésion était plus dure auparavant, dit-il.

Lymphite du dos de la verge. Pléiade ganglionnaire inguinale : nombreux ganglions petits, durs, indolents, qui roulent sous le doigt ; à gauche, à l'angle interne, deux ganglions (amandes) ; un (noisette) dans chaque région sous-maxillaire ; ganglions cervicaux de la nuque, parotidiens, petits et durs ; un ganglion mastoïdien à droite, gros comme un pois.

Le malade porte encore des traces d'une roséole papuleuse assez abondante. Actuellement, ce sont des papules très peu saillantes, de couleur cuivrée, tirant sur le brun, sans squames.

Un peu d'angine secondaire, pas de dysphagie, pas de dysphonie. Les cheveux tombent très peu.

25 mars. — Le malade sort. La roséole disparaît.

OBSERVATION VIII

Syphilis secondaire.

A..., vingt-sept ans, forgeron. Entré le 15 mars 1895, salle Saint-Paul, n° 47.

A eu deux blennorragies, la dernière il y a huit mois. Pas d'alcoolisme, pas d'impaludisme.

Les premiers jours de janvier, apparition d'une petite ulcération dans le sillon balano-préputial, dix-huit jours après le coït.

Du côté gauche et du côté droit apparurent dans l'aîne des ganglions volumineux. Dans l'aîne gauche, un de ces ganglions est devenu très volumineux et s'est ouvert spontanément, donnant issue à du sang et à du pus.

La roséole n'a pas été constatée par le malade.

Actuellement il existe au niveau du sillon une ulcération qui s'étend sur le gland et le prépuce. Les bords du chancre sont très indurés, le fond est sanieux et grisâtre. Œdème brun de toute l'extrémité du prépuce

Roséole sur le tronc, quelques macules discrètes et rares, au niveau de la partie supérieure du thorax, de teinte légèrement jaunâtre, très peu accusée. Ces macules sont un peu plus nombreuses à la partie dorsale.

Les ganglions inguinaux sont volumineux ; à droite, il en existe un gros (noix) et deux petits. A gauche, un gros (noix) dans le triangle de Scarpa. Il y en a également un saillant au pli inguinal (amande) ; plusieurs de petite taille. Rien ailleurs.

11 avril. — Sortie. Ni dysphonie, ni dysphagie. Roséole guérie. Persistance d'un gros ganglion dans l'aîne gauche.

OBSERVATION IX

Chancre syphilitique de la lèvre supérieure. — Roséole.

M..., dix-sept ans, couturière. Entrée le 17 mars 1895; salle Sainte-Marguerite, n° 23.

Pas d'antécédents.

Dit n'avoir jamais eu aucun rapport sexuel.

Aux fêtes du nouvel an, elle fut embrassée par plusieurs jeunes gens ; aucune autre cause de contagion.

Il y a un mois, la malade eut à la lèvre supérieure une fissure qui s'étendit peu à peu.

Actuellement. — La lèvre supérieure est peu tuméfiée, peu dure. Sur le milieu de la portion muqueuse, on voit un chancre en plateau, induré, douloureux, gros comme une pièce d'1 franc, qui s'étend assez loin sur la face postérieure de la lèvre.

Un ganglion génien de chaque côté (petite noisette). A la région sous-maxillaire, de chaque côté, deux ganglions (grosses noisettes) ; du côté droit, ces ganglions forment une chaîne continue avec les ganglions du cou et de la région parotidienne (petites noisettes). Ganglions de même volume à la nuque et le long du sterno-mastoïdien.

Pas de plaques muqueuses.

Roséole peu marquée dans la région du dos et aux reins.

Céphalées intenses la nuit.

Les cheveux tombent un peu.

12 avril. — Sort en bonne santé. Pas d'éruption.

OBSERVATION X

Chancre syphilitique sous phimosis (gâle).

M..., vingt-trois ans, passementier, Entré le 20 mars 1895, salle Saint-Michel, n° 21.

Pas d'antécédents.

Apparition du chancre il y a un mois (12 février). Il siège vers le frein, était dur, au dire du malade. Quelques jours après se produit de l'œdème brun du prépuce, et un phimosis irréductible. Depuis cette époque, un liquide purulent s'écoule constamment par l'orifice préputial.

Les ganglions des deux aines ont augmenté de volume depuis un mois.

A gauche, deux ganglions inguinaux (amandes); à droite, un du volume d'une noix.

Il en existe aussi à l'angle de la mâchoire; à l'épitrachée, à droite. Rien ailleurs.

Douleur à la déglutition.

15 avril. — Le malade sort sans accidents.

OBSERVATION XI

Syphilis secondaire.

B..., vingt-six ans, garçon boulanger. Entré le 23 mars 1895, salle Saint-Maurice, n° 89.

Ni alcoolisme, ni impaludisme.

Chancre syphilitique à la fin de septembre 1894. Le malade était alors à l'hôpital de la Croix-Rousse, en traitement pour une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Derniers coïts les 1^{er} et 2 septembre.

Ganglions volumineux et indolores dans les deux aines, quelques jours après l'apparition du chancre.

La roséole n'aurait pas été constatée.

Dysphagie du 15 janvier au 15 mars.

Actuellement. — On voit la trace du chancre sur le fourreau; au niveau du méat, la muqueuse est rouge, un peu ulcérée. A l'anus, une ulcération à bords non décollés, à fond rouge livide.

Rien aux lèvres. Dans la bouche, leucoplasie.

Dans l'aine droite, nombreux ganglions (amandes). Dans l'aine gauche, cinq ganglions un peu plus petits. De même à la nuque.

Rien ailleurs.

La syphilis n'a pas encore été traitée.

13 avril. — Sortie. Ni dysphonie, ni dysphagie. Plaques muqueuses disparues. Toujours pas de roséole.

OBSERVATION XII

Chancre syphilitique du menton.

R..., vingt-six ans, imprimeur. Entré le 25 mars 1895, salle Saint-Jacques, n° 32.

Pas d'antécédents.

Le 21 février, le malade s'aperçut de la présence d'une petite saillie au-dessous de la lèvre inférieure, à la partie supérieure du menton. Celle-ci donnait issue à un liquide séreux, qui recouvrait l'ulcération d'une croûte jaunâtre. La lésion était indolore ; par le grattage, elle saignait facilement.

Le malade se faisait raser tous les huit jours, mais il ne se souvient pas d'avoir été coupé à ce niveau.

Depuis le commencement du mois, les ganglions de la région sus-hyoïdienne ont augmenté de volume.

Actuellement. — L'ulcération est nettement arrondie, les bords sont saillants, le fond est sanieux, grisâtre ; un liquide séro-sanguinolent s'écoule, il existe à son niveau des croûtes jaunâtres.

Un ganglion volumineux (grosse amande) dans la région sus-hyoïdienne du côté droit ; plusieurs du volume d'une amande, à gauche, occupant la région sous maxillaire.

Petits ganglions mastoïdiens du côté droit (noisettes). Ganglions inguinaux très petits.

Sur le tronc, quelques petites papules disséminées. Pas de dysphagie.

18 avril. Nombreux ganglions sous-maxillaires et sus-hyoïdiens de gros volume, presque du volume d'une noix. Les papules ont disparu. Le malade en bonne santé quitte l'hôpital.

OBSERVATION XIII

Trois chancres syphilitiques, du menton, de la lèvre inférieure, de la commissure.

G..., soixante et onze ans, cultivateur. Entré le 29 mars 1895, salle Sainte-Camille, n° 9.

Ni alcoolisme, ni paludisme.

Le malade est un vieillard résistant et bien conservé.

Il y a environ deux mois, il aperçut, au niveau de la commissure labiale gauche et sur le menton, deux petits boutons développés simultanément sur des coupures de rasoir. Quinze jours avant, il avait eu des rapports bucco-vulvaires avec une femme qui portait, dit-il, des boutons à la vulve.

Ecorchés par le malade, ils laissèrent des ulcérations qui grandirent peu à peu, celle du menton surtout, qui prit la dimension d'une pièce d'1 franc. La lésion était dure, indolore, dit-il.

Actuellement. — On constate trois ulcérations, l'une siégeant sur la moitié gauche du menton, arrondie, à bords non élevés, à fond plat et rosé, à tendance cicatricielle, repose sur une masse infiltrée, peu indurée; la seconde, siège sur la lèvre supérieure, au niveau de la commissure gauche, de même espèce et de même dimension, non creusée, étalée en plateau; l'induration est peu marquée.

La troisième, très petite, siège sur le milieu de la lèvre inférieure.

Un ganglion sus-hyoïdien médian, de la grosseur d'une amande, un, sous-maxillaire gauche (noisette). Deux, sur le bord antérieur du trapèze (même volume). Pléiade bi-inguinale de petits ganglions.

Pas de plaques muqueuses, pas d'éruption secondaire.

Céphalalgies nocturnes.

10 avril. — Les chancres sont à peu près guéris. Aucun accident secondaire. Bon état général. Le malade sort.

OBSERVATION XIV

Chancres multiples de la verge. — Eruption papuleuse du dos.

R..., boulanger, vingt sept ans. Entré le 4 avril 1895, salle Saint-Camille, n° 4.

Deux blennorrhagies antérieures.

Alcoolisme (2 à 3 litres de vin, une à deux absinthes, quelques petits verres chaque jour).

Chancre en feuillet du sillon, assez profondément creusé, de la dimension d'une pièce de 50 centimes, ayant débuté il y a un mois, une quinzaine de jours après le coït. Trois autres petits chancres apparurent les jours suivants. Ce sont de petites ulcérations peu profondes, étalées, d'une teinte gris jaunâtre, avec quelques stries de points rouges; bords non décollés, ni taillés à pic. Induration de la base du chancre très nette. Le prépuce à ce niveau est un peu gonflé, œdématié, infiltré.

Pas de plaques muqueuses, un peu de rougeur du pharynx. Ni dysphonie, ni dysphagie.

Le malade porte sur le dos une éruption de papules rouge vif.

Un peu de faiblesse. Légères céphalées vespérales. Les cheveux tombent un peu depuis deux ou trois jours. Pas de fièvre.

Dans chaque aine, un gros ganglion (noix) à la partie interne, dur, indolent, et quelques petits noisettes).

Un ganglion épitrochléen et quelques petits (noisettes) sous-maxillaires, à gauche; un à droite; un parotidien, de chaque côté, quelques-uns cervicaux, tous du volume de petites noisettes.

10 avril. — Les ganglions de l'aine sont très volumineux (très grosses noix), indolents et durs.

19 avril. — *Sortie.* — Les deux ganglions externes des aines sont encore plus volumineux. L'éruption a complètement disparu; pas de plaques muqueuses; bon état général.

Seconde série. — Syphilis de gravité moyenne.

OBSERVATION XV

Chancre syphilitique. — Roséole.

V..., trente-cinq ans, manoeuvre. Entré le 23 octobre 1894, salle Saint-Paul, n° 7.

Absinthisme marqué.

Pas d'impaludisme.

L'apparition du chancre remonte au mois de septembre 1894. Il parut sur le prépuce, avait la dimension d'une pièce de 50 centimes.

A l'entrée, pléiade ganglionnaire de volume moyen.

11 décembre 1894. — Roséole maculeuse peu intense sur le thorax. Plaques muqueuses buccales.

Les ganglions sont stationnaires.

21 décembre. — La roséole est toujours aussi marquée. Ganglions inguinaux : cinq, petits, à droite; trois, petits, à gauche.

A l'angle de la mâchoire, deux petits de chaque côté; un, épitrochléen à gauche.

Rien ailleurs.

Les plaques muqueuses disparaissent.

22 février 1895. — Le malade sort très amélioré.

OBSERVATION XVI

Plaques muqueuses des amygdales hypertrophiées, remontant à trois semaines.

M..., vingt-trois ans, couturière. Entrée le 26 décembre 1894, salle Sainte-Marguerite, n° 5.

Il y a trois semaines, la malade aperçut, sur la face interne de la petite lèvre droite, une ulcération dénommée « chancre mou »

par le médecin consulté, et cautérisée par lui avec un crayon de nitrate d'argent. Œdème dur et très marqué de la grande lèvre droite.

En même temps, un mal de gorge survint, qui augmenta, avec douleurs, gêne de la déglutition, de la respiration, engorgement sous-maxillaire.

Actuellement. — Sur la petite lèvre droite plaque superficielle, blanchâtre, entourée d'une zone rouge enflammée. L'œdème de la grande lèvre a presque disparu.

Un ganglion gros comme une amande à l'angle interne de l'aîne droite.

L'engorgement des ganglions sous-maxillaires gauches persiste.

Dans la gorge les deux amygdales sont énormes, se rejoignent sur la ligne médiane. On y voit de petites plaques exulcérées et blanchâtres; d'autres plaques gris blanchâtre tapissent, sous forme de pseudo-membranes, quelques cryptes situées sur l'extrémité supérieure de l'amygdale droite.

Douleur assez marquée, spontanée pendant les mouvements de la déglutition.

Albumine.

Pas d'éruption.

15 janvier 1895. — Excision des amygdales.

OBSERVATION XVII

Chancre syphilitique du fourreau. — Plaques muqueuses.

V..., quarante-trois ans, mineur. Entré le 5 février 1895, salle Saint-Camille, n° 10.

Le malade prétend n'être pas alcoolique et n'avoir jamais eu de paludisme.

Il porte sur la racine de la verge, à la face supérieure, une ulcération peu profonde, à bords très irréguliers, assez large, indurée. Fond jaunâtre, avec points rouges saignants. Début il y a trois mois, un mois et demi après avoir vu une femme.

Adénite bi-inguinale polyganglionnaire peu volumineuse (haricots).

Ganglions cervicaux et de la nuque petits.

Peu après, plaques muqueuses des bourses et des lèvres.

Céphalées depuis une huitaine de jours ; bourdonnements d'oreilles, surdité.

Les cheveux sont arrachés facilement.

20 mars. — Pas de roséole.

L'adénopathie inguinale a beaucoup diminué ; celle du cou est légère ainsi que celle des régions sous-maxillaires. Rien à la nuque ni à l'épitrochlée.

Les plaques muqueuses sont guéries. La surdité s'améliore de jour en jour.

Céphalées légères le soir.

6 avril. — Le malade sort. Tous les accidents ont disparu.

OBSERVATION XVIII

Syphilis secondaire.

F..., vingt-neuf ans, boulanger. Entré le 6 mars 1895, salle Saint-Bonaventure, n° 120.

Blennorragie il y a quatre ans ; une cette année. Alcoolisme depuis un an : vin, 3 litres, deux absinthes, eau-de-vie.

Pas de paludisme.

Chancre syphilitique dans la dernière semaine de novembre dernier.

La roséole n'a pas été constatée par le malade. Elle est actuellement en voie de disparition. Papules palmaires très marquées.

Plaques muqueuses. — Apparition il y a un mois à l'anus, au scrotum, aux lèvres.

Ganglions. — Trois petits (noisettes) dans l'aîne droite ; dans l'aîne gauche, un du volume d'une petite noix, deux moyens (petites amandes).

Un petit ganglion à l'épitrochlée droite ; de même dans les régions

sous-maxillaire et mastoïdienne du même côté. Rien à la nuque.

Céphalées le soir.

20 mars. — Les plaques muqueuses disparaissent. La roséole n'existe plus.

La syphilis palmaire est en voie de disparition. Plus de céphalée.

26 avril. — Le malade sort en bonne santé.

OBSERVATION XIX

Chancres du fourreau. — Accidents secondaires.

E., vingt-cinq ans, typographe. Entré le 12 mars 1895, salle Saint-Camille, n° 12.

Alcoolisme (quatre à cinq petits verres par jour). Pas de maladies vénériennes. Pas de paludisme. Depuis près de cinq mois, le malade porte une ulcération ovale, allongée transversalement sur la partie médiane de la face dorsale du fourreau : chancre indolent, de 2 centimètres sur 4 de large, étalé en surface, presque guéri aujourd'hui ; pas d'induration vraie, mais simplement un peu d'épaississement.

Pléiade ganglionnaire bi-inguinale. Les ganglions sont petits, durs, indolents, gros comme des noisettes. Ganglions de la nuque : deux petits à droite, deux petits à la région sous-maxillaires gauche. Un gros ganglion épitrochléen (noisette) de chaque côté.

Un peu de lymphite de la verge.

Epididymite secondaire des deux côtés.

Depuis trois mois et demi, éruption généralisée ; macules brunâtres sur les membres supérieurs ; sur le tronc et la face, maculopapules rouges.

Pas de plaques muqueuses.

Angine secondaire.

Maigrissement marqué, perte des forces. — Céphalées intenses depuis trois semaines. Le malade ne dort pas. Perte d'appétit. Alopécie.

25 mars. — Sort un peu amélioré.

OBSERVATION XX

Chancre syphilitique. — Syphilis secondaire.

B..., quarante-huit ans, frotteur. Entré le 19 mars 1895, salle Saint-Maurice, n° 84.

Il y a deux ans, bubon dans l'aîne gauche, ouvert à l'Hôtel-Dieu ; il n'aurait pas eu d'ulcération de la verge.

Ni alcoolisme, ni impaludisme.

Il y a trois semaines, apparition d'une ulcération au niveau de l'extrémité du prépuce, en même temps, œdème considérable.

Ganglions dans l'aîne droite.

Actuellement. — Large ulcération de 5 centimètres de long, ayant envahi toute l'extrémité libre du prépuce. Bords surélevés et très indurés ; fond sanieux.

Roséole : Sur le tronc, macules grisâtres disséminées ; sur le scrotum, deux ulcérations ovalaires ; à l'anus, une analogue.

Les ganglions des aines sont indolores : à droite il y en a un du volume d'une noix ; à gauche, un seul (noisette). Quelques-uns petits, dans les régions sous-maxillaires.

6 avril. — La dysphagie existait il y a quelques jours ; elle vient de cesser depuis une huitaine de jours.

Dysphonie très légère.

Le malade sort. La roséole a presque disparu.

OBSERVATION XXI

Chancre induré de la lèvre supérieure et de la lèvre inférieure.

— *Eruption papuleuse généralisée confluyente.*

G., dix-huit ans, teinturier-dégraisseur. Entré le 13 avril 1895, salle Saint-Camille, n° 16.

Blennorrhagie chronique depuis un an.

Pas d'alcoolisme. Pas d'impaludisme.

Travail continuellement dans l'eau ; travail pénible.

Un mois après avoir vu une femme apparition simultanée, il y a un mois et demi, de deux chancres *typiques*, indurés, un de la lèvre supérieure, l'autre de la lèvre inférieure, ne se correspondant pas, développés et allongés le long du bord muqueux de la lèvre. Ils sont elliptiques. Celui de la lèvre inférieure a 3 centimètres de long sur 2 de large; celui de la lèvre supérieure a 2 cent. 1/2 de long et 1 1/2 de large.

Un peu d'œdème des lèvres au voisinage. Depuis dix-huit jours, début d'une éruption papuleuse cuivrée, avec la collerette de Bielt, très généralisée.

La face en est dépourvue, sauf le front.

Quelques papules sur le cuir chevelu.

Pas de plaques muqueuses.

Angine secondaire. Léger enrouement. Un peu de dysphagie.

Plusieurs ganglions sous-maxillaires, du volume d'une amande. confluents, en chaîne. Un ganglion de chaque côté de l'angle de la mâchoire inférieure (noisette).

Un ganglion sur le côté gauche de la nuque; un à l'aisselle gauche; aux aines, un de chaque côté, tous du volume d'une noisette.

Un volumineux ganglion mastoïdien à droite (grosse amande); deux plus petits mastoïdiens, à gauche.

Les cheveux tombent un peu. Amaigrissement. Un peu d'abattement et de perte des forces.

Le malade dit que, depuis quelques jours, sa roséole est en train de disparaître.

11 mai. Sortie. — Le malade est en bonne santé: il n'y a plus d'accidents.

Troisième série. — Syphilis graves.

OBSERVATION XXII

Syphilis. — Plaques muqueuses.

A., soixante-treize ans, tailleur de pierres. Entré le 23 novembre 1893, salle Saint-Bonaventure, n° 95.

Syphilis contractée il y a un an, et soignée dans le service à deux reprises différentes.

Le malade entre pour des ulcérations à l'anus qui, dit-il, le font souffrir dans la marche et dans la défécation.

On constate à la marge de l'anus quelques plaques muqueuses, l'une d'entre elles, située à gauche, est surélevée et a pris le type hypertrophique.

La syphilis du malade a été très grave. Il a été contraint de rester quatorze mois à l'hôpital après son chancre. Les nombreuses cicatrices qu'il présente attestent la violence de l'infection.

Adénopathie insignifiante.

N. B. — On ne signale pas la date de la sortie du malade.

OBSERVATION XXIII

Iritis syphilitique.

G..., quarante-quatre ans, maçon. Entré le 16 février 1894, salle Saint-Michel, n° 107.

Le malade a eu, il y a quatre mois, un chancre syphilitique dont on voit encore les cicatrices au niveau de la partie supérieure du sillon balano-préputial.

En même temps que le chancre il a vu survenir un écoulement urétral abondant.

Il y a sept jours, il a éprouvé quelques douleurs péri-orbitaires. En même temps, ses yeux sont devenus rouges, il croyait y avoir des graviers.

Actuellement. — Les yeux sont rouges; de nombreux vaisseaux partent de la périphérie pour gagner la cornée; celle-ci est légèrement trouble, du côté gauche, surtout, et la vue a sensiblement baissé de ce côté.

Pléiade ganglionnaire peu accusée à l'aine.

5 mars. — Sortie.

27 mars. — Le malade revient pour une récurrence de son affection, il souffre de l'œil droit depuis neuf jours.

Douleurs sus-orbitaires, fortes la nuit.

Vascularisation intense des membranes de l'œil; les vaisseaux dilatés rayonnent régulièrement tout autour de la pupille.

17 mai 1894. — Le malade sort amélioré.

OBSERVATION XXIV

Chancre syphilitique.

S., cinquante-sept ans, chaudronnier. Entré le 12 novembre 1894, salle Saint-Maurice, n° 85.

Bon état général. Chancre simple à dix-huit ans. Une blennorragie. Pas de paludisme.

Alcoolisme très accusé. Boit un peu de tout.

Le chancre apparut quatre semaines après le coït; voilà une dizaine de jours qu'il a constaté deux ulcérations qui siègent à la région dorsale du prépuce. Elles sont circulaires, de la dimension d'une pièce de 20 centimes, recouvertes d'une croûte superficielle. Induration parcheminée. Lymphite dorsale.

Les ganglions inguinaux sont peu volumineux (petits haricots).

7 décembre. — Eruption papuleuse depuis cinq jours.

Pas de plaques muqueuses.

Douleurs ostéocopes dans les deux membres inférieurs.

28 décembre. — Violentes algies dans la tête. Points de côtés.

1^{er} février 1895. — Dysphagie légère; pas de dysphagie.

21 février. — Roséole corymbiforme toujours très accusée et très confluite. Les macules, en moyenne d'1 centimètre de diamètre, sont disposées par petits groupes confluent de trois à quatre, et laissent entre chaque groupe un espace de 2 à 3 centimètres. Elle est marquée sur tout le corps, mais peu sur la face.

Ganglions inguinaux à droite et à gauche, trois du volume d'une noisette.

Un ganglion épitrochléen à droite, à peine perceptible.

Un ganglion mentonnier (amande).

Rien ailleurs.

Céphalées violentes.

10 mai. — Sortie. Amélioration.

OBSERVATION XXV

Chancre syphilitique.

G..., dix-neuf ans, verrier. Entré le 24 novembre 1894, salle Saint-Michel, n° 123.

Pas d'antécédents.

Apparition du chancre dix jours après le dernier coït qui date de vingt jours. Il siège dans le sillon balano-préputial et à la partie correspondante du bord libre du prépuce. C'est un chancre en feuillet, de la dimension d'une pièce d'1 franc, à induration nette.

Petits ganglions dans les deux aines.

8 décembre. — Un peu de douleurs du côté gauche de la gorge.

26 décembre. — Syphilis papuleuse du tronc, avec caractères de confluence au niveau des régions inguinales. Un peu de dysphonie.

1^{er} janvier 1895. — Dysphagie ; léger œdème du pharynx.

8 mars. — Dysphonie toujours très accusée. La dysphagie persiste. Déglutition très douloureuse.

Plaques muqueuses végétantes de l'anus.

Ganglions inguinaux : quatre à gauche, trois à droite, du volume d'une noisette. Rien ailleurs, sauf deux petits à la région sus-hyoïdienne.

20 mars. — La dysphonie persiste toujours.

La dysphonie persiste toujours.

La dysphagie a un peu diminué ; la douleur en avalant est moins accusée.

Les ganglions inguinaux à droite sont au nombre de trois (amandes), à gauche, ils sont confluents, forment une seule trainée volumineuse. Un épitrochléen de chaque côté ; rien ailleurs.

La roséole a presque complètement disparu.

Plaques muqueuses végétantes à l'anus.

23 mars. — Sortie. Depuis huit jours la dysphagie a cessé.

OBSERVATION XXVI

Syphilis. — Eruption papulo-squameuse.

D.:., soixante-dix ans, tisseur. Entré le 29 novembre 1894, salle Saint-Bonaventure, n° 99.

Pas d'antécédents. Le dernier coït remonte à deux mois et demi; il n'avait pas vu de femme depuis quinze ans. Huit jours après le coït, apparition d'un chancre sur le fourreau, sur la partie latérale droite.

Il a laissé une cicatrice indurée.

Il y a un mois, se montrèrent sur les différentes parties du corps et surtout sur les faces antérieures des avant-bras de nombreuses papules disséminées, recouvertes d'une lamelle blanchâtre disparaissant par le grattage. Au quart inférieur de la jambe gauche, ulcération ovalaire, allongée sur la crête et la face interne du tibia, large de 5 centimètres, à fond rouge. Elle s'est montrée il y a un mois, après un traumatisme.

Pas d'adénopathie inguinale, ni ailleurs.

Plaques muqueuses du côté droit du gosier; œdème, rougeur diffuse.

29 décembre. — L'éruption papulo-squameuse est toujours très marquée.

La conjonctive droite est injectée, la vue de ce côté est un peu troublée.

9 janvier 1895. — Iritis très accusé.

23 janvier. — Vives algies dans le membre inférieur droit.

30 mars. — L'iritis persiste.

9 avril. — Grande amélioration du côté de l'œil; la conjonctive a perdu sa teinte rouge. L'iris est moins trouble.

1^{er} juillet. — L'amélioration continue.

OBSERVATION XXVII

Chancre syphilitique.

S..., cordonnier, trente-cinq ans. Entré le 6 décembre 1894, salle Saint-Paul, n° 62.

Alcoolisme (rhum, cognac). Pas d'impaludisme.

L'apparition du chancre remonte au 6 novembre environ, et le coït aux premiers jours d'octobre. Il siégeait sur la racine de la verge, était de la dimension d'une pièce de 2 francs ; il a disparu en six semaines.

Deux petits ganglions (noisettes) dans chaque aine.

19 février 1895. — Le chancre est guéri.

Un ganglion à chaque épitrochlée (petit pois). Ganglions inguinaux : un seul (amande) à gauche, deux tout petits à droite. Rien ailleurs.

La roséole remonte au 10 décembre. Début par des papules sur la face, puis invasion sur tout le corps ; syphilis papulo-squameuse. Les papules couleur jambon sont confluentes à la racine du nez, un peu plus disséminées sur les joues, quoique assez rapprochées (intervalles d'1 centimètre en moyenne).

La roséole est assez développée sur la nuque. Sur les bras, les cuisses et le tronc, les papules sont espacées ; quelques-unes sont confluentes dans le sillon interfessier.

Plaques muqueuses à l'anūs, sur la lèvre inférieure et la gencive ; une sur la commissure gauche.

Dysphagie depuis fin décembre.

25 février. — Sort un peu amélioré.

OBSERVATION XXVIII

Syphilis secondaire.

C..., teinturier, trente ans. Entré le 4 janvier 1895, salle Saint-Paul, n° 89.

Bon état général.

A vingt ans, chancre simple et bubon gauche.

Le chancre syphilitique parut vers le 20 novembre, dans le sillon balano-préputial (quatre petites écorchures) avec phimosis irréductible.

Les ganglions inguinaux des deux côtés sont nombreux, mais de très petit volume. Rien ailleurs.

Roséole maculeuse sur tout le corps. Sur le pharynx, le voile du palais, les piliers, il existe une rougeur très accusée, mais il n'y a pas d'ulcération.

Pas de plaques muqueuses.

20 février. — Ganglions : aine droite, un seul (noisette); aine gauche, trois à la suite l'un de l'autre, un peu plus volumineux; un à la nuque, un sous-maxillaire à droite (petit pois), un épitrochléen à gauche (même volume). Rien ailleurs.

La roséole est en voie de disparition.

Une seule plaque muqueuse de 5 à 6 millimètres, sur la lèvre inférieure, à droite.

Dysphagie et dysphonie très prononcées.

11 avril. — Le malade sort, allant beaucoup mieux.

OBSERVATION XXIX

Syphilis secondaire.

B..., quarante-sept ans, journalier. Entré le 15 janvier 1895, salle Saint-Paul, n° 59.

Bon état général.

Alcoolisme : Vin, absinthe.

Apparition du chancre il y a trois mois, sur la racine de la verge qu'il occupait tout entière; il a duré un mois et demi.

Roséole : Apparition vers le 15 décembre de larges macules légèrement surélevées, surtout abondantes sur le thorax.

Le palais est rouge, ainsi que les piliers et les amygdales. Plaques muqueuses ulcérées à la bouche.

La dysphonie a débuté dans les premiers jours de janvier. Dysphagie depuis quatre jours.

Ganglions insignifiants.

21 février. — La roséole est en voie de disparition, mais les macules sont néanmoins très visibles.

Plaques muqueuses sur les deux piliers droits, opalines ; deux à l'anus de 5 millimètres environ.

Dysphagie toujours très accusée. Dysphonie légère.

Ganglions : épitrochléens des deux côtés ; un seul à l'aîne gauche (amande).

8 mars. — Sorti en bonne santé.

OBSERVATION XX

Chancre du prépuce. — Accidents secondaires.

M..., trente-quatre ans, cultivateur. Entré le 20 janvier 1895, salle Saint-Camille, n° 20.

Chancre de l'extrémité du prépuce, datant de trois mois, presque guéri, induration légère.

Depuis, ganglions bi-inguinaux roulant sous le doigt. Quelques petits ganglions sous le maxillaire, à la nuque, un ganglion épitrochléen à droite.

Depuis deux mois, papules humides du scrotum et de la face inférieure du pénis. Depuis quinze jours, céphalées très vives, exagérées la nuit.

Pas de plaques muqueuses buccales ou anales. Pas d'éruption.

20 février. — Voilà deux ou trois jours que quelques papules rouges jambon ont paru sur le tronc.

Plaques muqueuses du sillon.

6 mars. — Depuis deux ou trois jours éruption de petites papules cuivrées discrètes dans le dos et les épaules.

16 mars. — Plaques muqueuses des fosses nasales.

4 avril. — Sortie. Bon état général.

OBSERVATION XXXI

Syphilis tertiaire.

S..., cinquante-neuf ans, manoeuvre. Entré le 20 juin 1894, salle Saint-Bonaventure, n° 97.

Bon état général à l'entrée.

Il a eu un bubon gauche il y a vingt-un ans, sans chancre.

Ni alcoolisme, ni impaludisme.

Le 1^{er} mai il s'est aperçu de plusieurs chancres sous le prépuce, parus trois à quatre jours après le coït. Le malade est venu à la consultation gratuite, et avait nettement des chancres simples. Au bout d'un mois, l'un des chancres s'est nettement induré. L'adénopathie inguinale a passé inaperçue.

Roséole maculeuse confluyente sur le corps, surtout sur le thorax rapidement disparue sous l'influence du traitement.

Plaques muqueuses des lèvres.

Rien à l'arrière-gorge.

24 janvier 1895. — Depuis deux mois, une tumeur (gomme) est survenue au niveau du bord gauche du sternum, sous la clavicule elle s'est accrue peu à peu, était indolore, et le malade s'est aperçu par hasard de sa présence. Les douleurs sont apparues il y a trois semaines, se sont irradiées le long de la clavicule.

Actuellement, tuméfaction de 7 à 8 centimètres de large et 10 de haut, occupant l'espace étendu de la fourchette sternale à la troisième côte du côté gauche. La peau est rouge à sa surface.

20 février. — Malgré le traitement spécifique, la gomme ne disparaît pas. Il y a toujours des céphalées intenses le soir.

20 mars. — La gomme est toujours très accusée; grande cavité; suppuration très abondante; amaigrissement depuis quelques jours abattement, perte des forces. Le malade est très affaibli. Diarrhée depuis quinze jours.

29 mars. — Décès.

OBSERVATION XXXII

Syphilis. — Roséole maculeuse.

G..., quarante ans, charpentier. Entré le 22 janvier, salle Saint-Bonaventure, n° 107.

Blennorrhagie il y a quatre ans. Trace d'un bubon suppuré dans l'aîne gauche.

Alcoolisme : absinthe, vin. Pas d'impaludisme.

Le malade n'a jamais vu de chancre ; le dernier coït remonte au mois de juillet dernier. On ne trouve pas de cicatrice.

Ganglions peu volumineux ; à l'aîne, deux de la grosseur d'une amande ; un à l'aisselle de chaque côté, rien ailleurs.

Roséole maculeuse disséminée, sauf sur les jambes.

Plaques muqueuses à l'anus.

20 février. — Les ganglions inguinaux ont le même volume. Rien ailleurs. La roséole est très marquée sur les fesses, le dos, le thorax ; elle est en voie de disparition sur les bras et les membres inférieurs.

Plaques muqueuses en voie d'amélioration.

Pas de dysphagie, la dysphonie est plus légère qu'à l'entrée. Alopécie très marquée.

18 mars. — Sortie. Un peu d'amélioration.

OBSERVATION XXXIII

Syphilis secondaire. — Dysphagie. — Hydrocèle gauche.

M..., vingt ans, journalier. Entré le 24 janvier 1895, salle Saint-Paul, n° 84.

Alcoolisme (vin, eau-de-vie, absinthe).

Chancre, fin novembre, sur le sillon balano-préputial, tout le tour se trouvaient de petites ulcérations superficielles.

A l'entrée on constate du phimosis irréductible, et sur le pourtour du gland des ulcérations fissuraires.

Noyau dur au niveau du sillon préputial.

Ganglions : Deux dans l'aine gauche (noisettes).

Un seul dans l'aine droite, plus petit.

Un derrière l'angle du maxillaire inférieur à gauche (noisettes).

Plaques muqueuses sur le dos de la verge et le scrotum. Deux sous la lèvre supérieure; une à droite du frein de la langue.

Roséole papuleuse très accentuée sur les bras, le thorax, le dos, les fesses, les membres, les membres inférieurs.

Pas de roséole à la face. Croûtes dans les cheveux.

20 février. — Les ganglions sont dans le même état.

La dysphagie persiste.

La roséole est en voie de disparition.

10 mars. — Sortie. Dysphagie moins accusée. Douleurs au niveau de l'os hyoïde. Dysphonie plus marquée.

OBSERVATION XXXIV

Syphilis secondaire.

B..., dix-huit ans, cultivateur. Entré le 9 février 1895, salle Saint-Maurice, n° 83.

Apparition fin octobre, deux mois après son coït unique, son premier, d'un chancre siégeant sur la face dorsale du fourreau de la verge, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes.

La *roséole* remonte aux premiers jours de janvier; elle est à la fois disséminée sur le tronc et les membres; il n'y a rien à la face.

Deux plaques muqueuses au point de développement du chancre une large plaque suintante à la racine de la verge, à l'anus, à la bouche sur la commissure droite.

Dysphagie remontant à huit jours avant son entrée. Jamais de dysphonie.

L'adénopathie inguinale est à peine marquée.

Rien ailleurs.

Le malade n'accuse ni alcoolisme, ni paludisme.

19 février. — La roséole pâlit, bien que les muscles et les papules soient toujours très confluentes.

Les ganglions sont plus volumineux. Dans l'aine droite, quatre du volume de petites noisettes.

Dans l'aine gauche, un seul (amande).

Adénopathie sous-maxillaire. Un ganglion du côté gauche (noix); à droite, deux petits, à peine du volume d'une noisette.

Des deux côtés où l'adénopathie est accusée, il n'y a aucun accident secondaire du côté de la face. A la nuque, du côté gauche, un ganglion (noisette).

Dysphagie toujours très accusée.

Amygdales palatines très saillantes, volumineuses.

Amygdales lingales volumineuses.

Plaques opalines sur le voile du palais.

20 mars. — La roséole tend de plus en plus à disparaître; il reste à peine une légère teinte.

Bon appétit, plus de dysphagie, il avale très bien.

21 mars. Sortie. — Très amélioré.

OBSERVATION XXXV

Syphilis secondaire. — Plaques muqueuses végétantes.

A..., trente ans, boulanger. Entré le 19 février 1895, salle Saint-Paul, n° 52.

Alcoolisme (vin, absinthe). Bon état général.

Chancre au mois de juillet, survenu un mois et demi après le coït, sur le fourreau de la verge, un peu au-dessus du gland, du volume d'une tête d'épingle; n'a pas remarqué d'adénopathie.

Plaques muqueuses en décembre, survenue au scrotum et à l'anus: elles sont devenues végétantes, et sont maintenant très saillantes, hypertrophiques; elles gênent la marche.

Le pharynx est rouge, ainsi que les piliers et le voile du palais.

Légère altération sur les deux piliers antérieurs. Les amygdales palatines sont peu saillantes.

Une plaque à la commissure gauche des lèvres.

Roséole maculeuse disséminée sur le thorax, le ventre, le dos ; il en existe peu sur les bras et les membres inférieurs.

Ganglions : Cinq dans l'aine droite, cinq du volume d'un pois. Dans l'aine gauche, un du volume d'une amande, plusieurs de petit volume ; une épitrochléen des deux côtés ; un axillaire de chaque côté (amande) ; un sous-maxillaire à droite. Rien ailleurs.

Ni dysphonie, ni dysphagie.

8 mars. — Sortie. Le malade a encore des accidents.

OBSERVATION XXXVI

Syphilis ancienne. — Syphilis tuberculo-ulcéreuse.

J..., quarante-huit ans, garçon de pharmacie. Entré le 5 mars 1895, salle Saint-Jacques, n° 46.

Bon état général. Pas d'antécédents.

En 1881, un mois après le coït, apparition d'un chancre, sur le gland, de la dimension de la dernière phalange du pouce.

Il ne se souvient pas d'avoir eu d'adénopathie à ce moment.

Roséole, deux mois après le début du chancre, sur tout le corps, qui dura trois mois, disparut et revint par accès.

Plaques muqueuses à la gorge ; dysphagie ; à diverses reprises, ulcérations sur les joues.

Il a été bien jusqu'à l'an passé.

5 mars 1895. — Au mois d'août 1894, tuméfaction de la lèvre inférieure, qui s'est agrandie rapidement, tout en restant localisée à la lèvre.

Dans le courant de décembre, sur les avant-bras, la cuisse gauche, la partie antérieure du thorax, surviennent des nodules indolores qui se sont ulcérés, donnent issue à du sang et à du pus.

Le mois dernier, le nez s'est tuméfié, des nodules se sont for-

més; envahissement des lobules et des ailes du nez; en même temps paraissent de petites ulcérations vers l'oreille droite.

Actuellement. — La lèvre inférieure est très tuméfiée; le nez est volumineux et bourgeonnant.

20 mars. — Nez toujours bourgeonnant. Amélioration de l'état de la lèvre. Sur les bras les plaques sèchent.

2 mai. — Sortie en assez bon état.

OBSERVATION XXXVII

Chancre syphilitique. — Eruption secondaire.

V..., quarante et un ans, tondeur de chevaux. Entré le 21 mars 1895, salle Saint-Camille, n° 16.

Alcoolisme: de douze à quinze *petits verres* ou *absinthes* par jour.

Etat général assez bon; léger amaigrissement.

Pas de maladie vénérienne antérieure.

Cicatrice d'un chancre induré du reflet préputial, il y a deux mois et demi. C'est une grosse masse indurée en bourrelet, qui se continue sur le dos de la verge avec une plaque indurée étendue le long des lymphatiques dorsaux, et se terminant progressivement à la racine de la verge. Battant de cloche.

Les ganglions sont très rares et très petits. Un seul dans l'aîne droite (noisette), un sous-maxillaire droit tout petit; deux cervicaux à gauche à peine perceptibles.

Depuis trois semaines, éruption généralisée, sauf sur la face; papules rouge brun, pourvues d'une collerette bien arrondie, assez large (plus d'1 centimètre de diamètre).

Ni plaques muqueuses, ni céphalées, ni dysphagie. Un peu d'alopecie.

Petits noyaux d'épididymite secondaire dans la tête.

16 avril. — Sort en bon état.

OBSERVATION XXXVIII

Syphilis.

G..., cinquante-neuf ans, cordonnier. Entré le 29 octobre 1894, salle Saint-Jacques, n° 38.

Pas d'antécédents vénériens.

Alcoolisme léger : 1 litre de vin, trois à quatre petits verres par jour.

Il y a deux mois, apparition d'un chancre du prépuce, près du filet (quinze jours après le dernier coït).

Aujourd'hui, on trouve une ulcération superficielle, de la largeur d'une pièce d'1 franc, à peu près sèche.

L'adénopathie est insignifiante.

Roséole maculeuse depuis quinze jours. Rien à la bouche.

29 janvier 1895. — Le malade sort.

24 avril. — Il revient à l'hôpital à cause des difficultés croissantes qu'il éprouve à marcher depuis trois semaines environ. Il lui est arrivé plusieurs fois de tomber; cet accident se produit, dit-il, quand il néglige de regarder autour de lui.

Il se plaint aussi de céphalées persistantes, depuis près d'un mois. Douleurs dans les lombes et dans les articulations tibio tarsiennes. Diminution progressive de la force musculaire.

Il lui semble que sa vision soit devenue moins nette. Rien du côté des pupilles.

Pas de troubles auditifs.

Si on le fait se tenir debout, les pieds joints, il oscille et tombe.

4 juillet. — Le malade est toujours à l'hôpital.

OBSERVATION XXXIX

Syphilis secondaire.

L..., soixante-six ans, tailleur. Entré le 25 mai, 1895, salle Saint-Jacques, n° 45.

Pas d'antécédents.

Il aurait commencé, il y a sept semaines, à s'apercevoir que les mictions étaient douloureuses, et que du pus s'écoulait par l'urètre. Puis, le prépuce et le gland devinrent rouges, et le corps se couvrit d'une éruption qui dure encore. Tels sont les renseignements qu'on peut à grand peine arracher au malade.

Actuellement. — Aucun écoulement par l'urètre. La muqueuse du gland rouge vif est recouverte par places d'un enduit blanchâtre. Pas de suintement. Le prépuce est œdématié, rouge, excorié, épaissi, lui permet difficilement de découvrir le gland.

Dans les aines, de chaque côté, quelques petits ganglions durs, roulant sous le doigt.

Sur tout le corps, on remarque des taches très rondes, de la dimension d'une pièce de 50 centimes, rouge maigre de jambon, un peu surélevées, et recouvertes de squames peu adhérentes très fines.

Aux jambes, surtout à la partie inférieure, la desquamation est plus intense. Pas de plaques muqueuses dans la bouche, ni à l'anus. Croûtes dans le nez.

1^{er} juillet. — Sortie. Desquamation abondante du cuir chevelu. Quelques maux de tête ; douleurs dans les jointures.

Affaiblissement depuis quelques jours.

OBSERVATION XL

Syphilis tertiaire.

V..., quarante-six ans, journalier. Entré le 18 juin, 1895, salle Saint-Maurice, n° 90.

Pendant son service militaire, fièvre intermittente en Algérie, pendant neuf mois.

Il y a deux ans, chancre infectant, plaques muqueuses à sa suite. Six mois après le chancre, se seraient montrées aux jambes des ulcérations profondes qui persistent en partie.

Il s'agit de pertes de substance circulaires intéressant toutes les

couches de la peau, et dont le fond sanieux est adhérent profondément aux tissus sous-jacents.

Depuis trois mois, le nez a augmenté de volume. Actuellement, il est énorme, d'une couleur rouge vif, avec quelques points superficiellement ulcérés. La zone rouge s'arrête franchement aux ailes et à la racine.

Sur les tempes et la joue gauche, taches de la même coloration.

Depuis la même époque, le prépuce et le gland sont le siège d'un œdème dur : la muqueuse rouge vif présente des ulcérations sanguinolentes autour du méat.

Ganglions très petits, aux sièges ordinaires.

4 juillet. — Le malade est toujours en traitement.

CONCLUSIONS

I. Jusqu'à l'heure actuelle, les auteurs ont considéré l'adénopathie syphilitique surtout au point de vue du diagnostic à établir, mais n'ont pas supposé qu'elle puisse avoir une importance pronostique.

II. Les adénopathies primitive et secondaire sont dues à la résistance des leucocytes contre l'envahissement du virus.

III. Une adénopathie primitive très marquée permet de prévoir des accidents bénins dans la suite.

IV. L'adénopathie secondaire est souvent en raison inverse, quant au nombre et au volume des ganglions, de l'évolution et de la gravité des syphilides de cette période.

V. Parfois, chez un même sujet, à la période secondaires, l'adénopathie est très marquée en certains points

du corps où la syphilis est bénigne, tandis qu'en d'autres, elle est à peine évidente, avec des accidents sérieux.

VI. Plus l'individu est jeune, plus l'adénopathie est intense et la syphilis bénigne ; plus l'individu est âgé, moins l'adénopathie est apparente et plus la syphilis est grave.

VII. Dans la syphilis héréditaire, il y a des accidents sévères parce que l'inoculation s'est faite par voie sanguine et que la barrière phagocytaire du ganglion n'a pu exercer son action.

VIII. Chez les sujets atteints d'affection (adénie) où les leucocytes subissent une multiplication momentanée, l'engorgement ganglionnaire est plus ou moins considérable, et les accidents syphilitiques sont en raison inverse de cet engorgement.

IX. Toutes les affections (paludisme, alcoolisme, etc.) qui agissent défavorablement sur le pouvoir phagocytaire, ouvrent de ce fait les portes de l'organisme au virus syphilitique.

Vu, bon à imprimer
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
AUGAGNEUR.

Vu, bon à imprimer
LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer
LE RECTEUR,
E. CHARLES.

TABLE

INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER. — Historique.	9
CHAPITRE II. — Idées communes généralement acceptées sur l'adénopathie syphilitique	13
1 ^o Adénopathie primitive	13
2 ^o Adénopathie secondaire.	20
3 ^o Adénopathie tertiaire	24
CHAPITRE III. — L'adénopathie syphilitique envisagée au point de vue de la phagocytose.	28
CHAPITRE IV. — Discussion et critique	48
CHAPITRE V. — Observations	66
1 ^{re} série. — Syphilis bénigne.	66
2 ^o série. — Syphilis de gravité moyenne.	80
3 ^o série. — Syphilis graves.	85
CONCLUSIONS	103

